

Evaluation des Nationalen Rauchstopp-Programms über den Zeitraum von Juli 2014 – Dezember 2017

**Synthese von Projektstatistiken, Evaluationsergebnissen,
wissenschaftlichen Studien, internationalen Leitlinien und
Expertenmeinungen im Rahmen einer Kontributionsanalyse**

Schlussbericht Juli 2018

Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention

Günter Ackermann
Qualität & Evaluation, Bern

Dank

Die im Rahmen der Evaluation des Nationalen Rauchstopp-Programms durchgeführte Kontributionsanalyse hat sich als sehr aufwändig erwiesen. Verena El Fehri (Programmleiterin des NRP) und Thomas Beutler (wiss. Mitarbeiter des NRP) haben mich im Kernteam tatkräftig bei der Realisierung dieser Studie unterstützt und bei der Beschaffung relevanter Studien, bei der Konzipierung der Datenerhebungen, bei der Synthese, Reflexion und Interpretation der Daten mitgewirkt. Ihnen gilt ein besonderer Dank für ihre geduldige, akribische und professionelle Arbeit.

Herzlich danken möchte ich auch Dr. Corina Salis Gross und Silvia Büchler (Projektleiterinnen des NRP) für ihr Mitwirken an den internen Reflexionsworkshops und in der Begleitgruppe.

Ein herzlicher Dank geht an die gesamte Begleitgruppe, welchen neben dem Kernteam, den beiden Projektleitenden und Markus Studer vom Tabakpräventionsfonds die folgenden ausgewiesenen Experten der Tabakprävention angehörten: PD Dr. Dr. Severin Haug vom Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Prof. Dr. Jean-Paul Humair vom Universitätsspital Genf und von Cipret Genf, Dr. Hervé Kuendig von Sucht Schweiz und Prof. Dr. Holger Schmid von der Fachhochschule Nordwestschweiz.

Im Weiteren möchte ich mich bei den übrigen Mitarbeitenden des NRP und allen anderen Fachpersonen bedanken, die in der einen oder anderen Form zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	6
1.1	Ausgangslage	6
1.2	Methodisches Vorgehen	6
1.3	Ergebnisse	8
2	Einleitung	14
3	Das Nationale Rauchstopp-Programm	15
3.1	Interventionen in medizinischen Settings	15
3.2	Bevölkerungsbezogene Interventionen bei Raucherinnen und Rauchern	16
3.3	Wirkungsmodell des Nationalen Rauchstopp-Programms	16
3.4	Projektübergeordnete Grundleistungen des Programms	19
4	Methodik: Kontributionsanalyse	20
4.1	Theoretische Grundlagen	20
4.2	Aufbau der Kontributionsanalyse des Nationalen Rauchstopp-Programms	21
4.3	Beurteilung der Wissensquellen	22
5	Wirkungsmodelle und Zielsysteme	25
6	Übersicht über die verwendeten Wissensquellen	34
6.1	Evaluationsmassnahmen im Rahmen des NRP	34
6.2	Metaanalysen, systematische Reviews und Einzelstudien	36
6.3	Evidenzbasierte Leitlinien	37
6.4	Theoretische ‚Validierung‘ der Wirkungsmodelle	37
6.5	Übergeordnete Hochrechnungen und Schätzungen	38
7	Rauchstoppevent	39
7.1	Grafische Übersicht über die Beurteilung der Ziele und Wirkungsbeziehungen	40
7.2	Leistungen und Reichweite (Output und Reach)	41
7.3	Erreichen der Wirkungsziele (Outcome)	43
7.4	Beurteilung der Wirkungszusammenhänge	51
7.5	Synthese	67
8	Interventionen bei medizinischen Fachpersonen	76
8.1	Grafische Übersicht über die Beurteilung der Ziele und Wirkungsbeziehungen	77
8.2	Leistungen und Reichweite (Output und Reach)	78
8.3	Erreichen der Wirkungsziele (Outcome)	86
8.4	Beurteilung der Wirkungszusammenhänge	110
8.5	Synthese	140
9	Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung	152
9.1	Grafische Übersicht über die Beurteilung der Ziele und Wirkungsbeziehungen	153
9.2	Leistungen und Reichweite (Output und Reach)	154
9.3	Erreichen der Wirkungsziele (Outcome)	157
9.4	Beurteilung der Wirkungszusammenhänge	162
9.5	Synthese	178
10	Zusammenfassende Beurteilung des Nationalen Rauchstopp-Programms	186
10.1	Das Wirkungspotenzial der drei Interventionsansätze	186

10.2	Projektübergreifende Grundleistungen.....	189
10.3	Gesamtbeurteilung	189
10.4	Das NRP im Verhältnis zu anderen Projekten und Programmen	192
11	Potenzial und Grenzen der Kontributionsanalyse	195
11.1	Bewährtes	195
11.2	Grenzen	195
12	Literaturverzeichnis	197

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Gesamtwirkungsmodell des Nationalen Rauchstopp-Programms.....	18
Abb. 2	Synergien zwischen den Projekten und Grundleistungen des NRP	19
Abb. 3	Ursprüngliches Wirkungsmodell 'Rauchstoppevent'	26
Abb. 4	Ursprüngliches Wirkungsmodell 'Interventionen bei medizinischen Fachpersonen'	28
Abb. 5	Ursprüngliches Wirkungsmodell 'Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung'	32
Abb. 6	Beurteiltes Wirkungsmodell 'Rauchstoppevent'	40
Abb. 7	Bestellungen von Infomaterial zum Rauchstopp durch medizinische Fachpersonen.....	45
Abb. 8	Durch medizinische Fachpersonen bestellte Artikel.....	45
Abb. 9	Downloads von rauchstopp-spezifischen Dokumenten.....	47
Abb. 10	Rekrutierungswege Rauchstoppp Wettbewerbe	67
Abb. 11	Beurteiltes Wirkungsmodell 'Interventionen bei medizinischen Fachpersonen'	77
Abb. 12	Beurteiltes Wirkungsmodell 'Tabakprävention und Rauchstoppkurse bei der Migrationsbevölkerung'	153

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Prozessschritte der Contribution Analysis (Mayne 2008).....	20
Tab. 2	Raster Evidenzstärke	23
Tab. 3	Raster Studienqualität, Aussagekraft und Übertragbarkeit	24
Tab. 4	Zielsystem Rauchstoppevent	27
Tab. 5	Zielsystem Interventionen bei medizinischen Fachpersonen.....	31
Tab. 6	Zielsystem Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung	33
Tab. 7	Leistungen und Reichweite Rauchstoppevent	42
Tab. 8	Mitwirkung Betriebe am Rauchstoppevent.....	43
Tab. 9	Mitwirkung Multiplikator/-innen am Rauchstoppevent	44
Tab. 10	Mitwirkung lokaler und kantonaler Partner am Rauchstoppevent.....	46
Tab. 11	Nachfrage nach Information und Unterstützung am Rauchstoppevent	47
Tab. 12	Beurteilung Wissensdimension	48
Tab. 13	Anzahl Rauchstoppversuche	49
Tab. 14	Rauchfreiheit durch den Rauchstoppevent	50
Tab. 15	Genutzte Informationskanäle.....	52
Tab. 16	Leistungen im Bereich Information	79
Tab. 17	Von Fachpersonen genutzte Informationskanäle	80
Tab. 18	Fort- und Weiterbildungskurse	82
Tab. 19	Rauchstoppberatung in Spitälern	85
Tab. 20	Verankerung des Themas in der Ausbildung	88
Tab. 21	Tabakspezifische Schulung in der Ausbildung	89
Tab. 22	Qualifikationen	92

Tab. 23	Kenntnis von Rauchstoppangeboten.....	93
Tab. 24	Gewünschte Weiterbildungsform.....	94
Tab. 25	Durchführung von Kurzinterventionen und Beratungen	96
Tab. 26	Übersicht Befragungsergebnisse Kurzinterventionen und Beratungen	97
Tab. 27	Vergleich Ansprache und Rauchstoppempfehlung	97
Tab. 28	Umsetzung des ABC für Rauchstopp-Kurzinterventionen	98
Tab. 29	Hinderungsgründe für Interventionen	100
Tab. 30	Erhöhte Wissens- und Handlungskompetenzen	105
Tab. 31	Intention, einen Rauchstopp zu unternehmen.....	106
Tab. 32	Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen.....	107
Tab. 33	Rauchstoppversuche und erfolgreiche Rauchstopps.....	109
Tab. 34	Informationsverhalten medizinischer Fachpersonen	111
Tab. 35	Besuch von Fort- und Weiterbildungen	112
Tab. 36	Übersicht Schulungsevaluationen	114
Tab. 37	Erreichungsgrad der medizinischen Fachpersonen	143
Tab. 38	Leistungen und Reichweite Projekt türkische Migrationsbevölkerung	156
Tab. 39	Kursleitendenteam.....	157
Tab. 40	Sensibilisierung Migrantinnen und Migranten	158
Tab. 41	Gesundheitskompetenz Kursleitende.....	159
Tab. 42	Rauchstopps Kursteilnehmende.....	160
Tab. 43	Rauchfreiheit von Vereinslokalen und privaten Räumen	162
Tab. 44	Übersicht Rauchstopp-Projekte und -Programme.....	193

1 Zusammenfassung

1.1 Ausgangslage

Das Nationale Rauchstopp-Programm (NRP) bettete sich in das Nationale Programm Tabak 2008 – 2016 des Bundes ein. Ziel des NRP ist es, die Anzahl der Raucherinnen und Raucher zu erhöhen, die den Tabakkonsum aufgeben. Die Krebsliga Schweiz, die Lungenliga Schweiz, die Schweizerische Herzstiftung und die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz bilden die Trägerschaft des Programms, finanziert wird das NRP von Geldern aus dem Tabakpräventionsfonds.

Das NRP versucht Rauchende gleichzeitig über unterschiedliche Kanäle anzusprechen und zu einem Rauchstopp zu motivieren. Es richtet sich einerseits *indirekt* über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in medizinischen Settings an die rauchende Bevölkerung. Mittels Information, Sensibilisierung und Qualifizierungsangeboten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung werden ausgewählte medizinische Fachpersonen motiviert und befähigt, Rauchende auf ihr Rauchverhalten anzusprechen, sie für einen Rauchstoppversuch zu motivieren und sie - je nach Setting und Berufsgruppe in unterschiedlichem Umfang - zu beraten und zu unterstützen. Andererseits richtet sich das NRP auch *direkt* an Raucherinnen und Raucher. Mit einem in der Regel jährlich stattfindenden Rauchstoppwettbewerb wird die rauchende Bevölkerung sehr breit angesprochen und für einen Rauchstoppversuch motiviert. Ergänzend werden Rauchende der Migrationsbevölkerung über Vereine und über ihre eigenen (Print-) Medien gezielt angesprochen und in Rauchstoppkursen in kleinen Gruppen professionell beim Aufhören unterstützt.

Im NRP wurden schon immer einzelne Projekte und Massnahmen evaluiert. In der Programmphase von Mitte 2014-Ende 2017 sollten die verschiedenen Evaluationen und Erhebungen erstmals im Rahmen einer Gesamtevaluation gebündelt werden, um Aussagen über das Wirkungspotenzial des Programms machen zu können.

1.2 Methodisches Vorgehen

Kontributionsanalyse

Die Herausforderung bei der Evaluation komplexer Interventionen in sozialen Systemen ist es, erwünschtes Verhalten (z.B. erfolgreiche Rauchstoppversuche) einer Intervention zuzuordnen (Attributionsproblem) und den Beitrag einer Intervention an eine beobachtete Veränderung zu bestimmen (Kontributionsproblem). Die Komplexität des NRP's und seiner Teilprojekte verunmöglichte einen Wirkungsnachweis im Rahmen einer experimentellen oder einer quasiexperimentellen Studie. Die Kontributionsanalyse ('contribution analysis') nach John Mayne (2001, 2008 und 2011) bot einen Ansatz, die Wirkungslogik des Programms und die Ergebnisse der verschiedenen Evaluationen und Erhebungen unter Einbezug von Erkenntnissen aus anderen Studien systematisch zu reflektieren, auf dieser Grundlage Wirkungshypothesen zu formulieren und zu plausibilisieren, um so das Wirkungspotenzial der Interventionsansätze des NRP's fundiert einschätzen zu können.

Zweck der Kontributionsanalyse ist es, zu prüfen, inwiefern eine Intervention seine Ziele erreicht und welchen Beitrag (Kontribution) sie an erwünschte Entwicklungen leistet. Die Kontributionsanalyse basiert auf der Erarbeitung, schrittweisen Prüfung und Weiterentwicklung einer 'credible contribution story' (Mayne 2001), also einer möglichst glaubwürdigen Wirkungsgeschichte, warum die Intervention bzw. ein Programm funktionieren sollte.

Um die Wirkungsgeschichte plausibilisieren zu können, wird sie in einem ersten Schritt im Rahmen eines Wirkungsmodells explizit gemacht. Auf dieser Grundlage kann die Erreichung der einzelnen Leistungs- und Wirkungsziele überprüft werden. Für jeden Wirkungszusammenhang (die Pfeile im Wirkungsmodell) werden Annahmen, Risiken und Alternativhypothesen formuliert, die dann systematisch beurteilt werden. In einem iterativen Entwicklungsprozess wird die Wirkungsgeschichte resp. das Wirkungsmodell Schritt für Schritt plausibilisiert und bei Bedarf revidiert. Zur Plausibilisierung werden Daten aus unterschiedlichen Quellen hinzugezogen: wissenschaftliche Evidenzen, Ergebnisse aus Evaluationen, Einschätzungen von Expertinnen und Experten. Diese werden bei Bedarf durch neue Erhebungen und Analysen ergänzt. Um den Beitrag des eigenen Programms abschätzen zu können, müssen konsequenterweise auch externe Einflussfaktoren identifiziert und deren Beiträge abgeschätzt werden. Auch hierzu muss auf bestehende Evidenzen, auf Daten Dritter, auf Experteneinschätzungen und gegebenenfalls auf eigene Erhebungen und Analysen zurückgegriffen werden.

Umsetzung der Kontributionsanalyse im Rahmen des NRP

In mehreren Workshops mit den Programm- und Projektleitenden des Nationalen Rauchstopp-Programms wurden im Jahr 2013 einerseits ein Wirkungsmodell für das Gesamtprogramm und andererseits Wirkungsmodelle für die acht Projekte des Programms erarbeitet. Für jedes Wirkungsziel wurden Indikatoren und Datenquellen für die Beurteilung der Zielerreichung definiert.

Für die Kontributionsanalyse wurden die verschiedenen Projekte des NRP zu drei Hauptinterventionsachsen mit je einem Wirkungsmodell zusammengefasst:

- Rauchstoppevent (1 Projekt)
- Interventionen im medizinischen Setting (5 Projekte)
- Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung (2 Projekte)

In einem kleinen Kernteam wurden wissenschaftliche Evidenzen recherchiert und beurteilt, eigene Erhebungen konzipiert und beauftragt, die Ergebnisse der Erhebungen interpretiert, die Zielerreichung beurteilt und die Wirkungszusammenhänge auf der Grundlage der recherchierten Evidenzen und der erhobenen Daten überprüft. Die Wirkungsmodelle und die laufenden Arbeiten wurden sporadisch in einer Begleitgruppe reflektiert, die sich aus dem Kernteam und ausgewiesenen Experten der Tabakprävention zusammensetzte¹.

Die Kontributionsanalyse stützt sich auf Befragungen und weitere Evaluationsmassnahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms, auf Metaanalysen, systematische Reviews rund um das Thema Rauchstopp, auf wissenschaftliche Einzelstudien aus der Schweiz und aus anderen ‚westlichen‘ Ländern, auf evidenzbasierte Leitlinien, auf Projektstatistiken, auf soziodemographische Referenzdaten zur Schweizer Bevölkerung sowie auf Einschätzungen der Programmleitung, der Projektleitungen und der Begleitgruppe ab.

Der Prozess der Kontributionsanalyse hat einerseits zu zahlreichen Anpassungen in den zum Teil schon bestehenden Befragungsinstrumenten geführt². Jedes Erhebungsinstrument wurde daraufhin geprüft, ob es mit zusätzlichen Fragen zur Beurteilung der Wirkungsannahmen aus dem entsprechenden Modell ergänzt werden könnte und die Erhebungen wurden mit Blick auf die

¹ Die Begleitgruppe setzte sich zusammen aus PD Dr. Dr. Severin Haug vom Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Prof. Dr. Holger Schmid von der Fachhochschule Nordwestschweiz, Dr. Hervé Kuendig von Sucht Schweiz, Dr. Jean-Paul Humair vom Universitätsspital Genf und von Cipret Genf, Markus Studer vom Tabakpräventionsfonds sowie aus dem NRP Verena El Fehri (Programmleitung), Thomas Beutler (wiss. Mitarbeiter), Dr. Corina Salis Gross und Silvia Büchler (Projektleiterinnen).

² Zum Beispiel neue Fragen zum Nutzen von besuchten Kursen im Hinblick auf Wissen, Verhalten und Motivation bei medizinischen Fachpersonen oder neue Fragen zur sozialen Ansteckung bei Teilnehmenden des Rauchstoppwettbewerbs und der Kurse für die Migrationsbevölkerung.

Wirkungsmodelle aufeinander abgestimmt³. Andererseits hat die Kontributionsanalyse zur Realisierung von zusätzlichen Erhebungen, u.a. zu Interviews mit ausgewählten medizinischen Fachpersonen geführt (Müller 2017a und Müller 2017b). Um zudem ein Feedback zu den Wirkungsmodellen aus einer theoretischen Perspektive zu erhalten, wurde eine entsprechende Expertise am gesundheitspsychologischen Institut der Universität Zürich in Auftrag gegeben (Scholz & Lüscher 2016).

1.3 Ergebnisse

Rauchstoppwettbewerb

Durch die Einbindung von Betrieben, von Multiplikator/-innen aus dem Gesundheitsbereich und von kantonalen und lokalen Partnerorganisationen sowie durch die Nutzung von Synergien mit anderen Projekten ist es gelungen, über 2'000 Rauchende (im Jahr 2016) resp. über 5'000 Rauchende (im Jahr 2017) zu einer Teilnahme am Rauchstoppwettbewerb oder Rauchstopptag und dadurch zur Durchführung eines Rauchstoppversuches zu motivieren. Der Rauchstoppwettbewerb hat eine grössere Anzahl von Rauchenden für einen Rauchstoppversuch motivieren und einen Teil davon in die Rauchfreiheit führen können. Auf den Erfolgsquoten des Jahres 2016 und der Vorjahre basierend kann davon ausgegangen werden, dass durch den Rauchstoppwettbewerb 2016 über 600 Rauchende und durch den Rauchstoppwettbewerb 2017 rund 1'700 Rauchende das Rauchen längerfristig (mindestens 6 Monate) aufgegeben haben. Die Wettbewerbsteilnehmenden haben zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil auf evidenzbasierte Rauchstopphilfen zurückgegriffen, was die vergleichsweise hohen Erfolgsquoten erklären kann.

Obwohl der Rauchstoppevent eine ansehnliche Anzahl von Rauchenden zu längerer Rauchfreiheit führt, ist sein Wirkungspotenzial auf die Gesamtpopulation der Rauchenden hochgerechnet, bescheiden. Der Rauchstoppevent 2016 hat über die eingeschriebenen Teilnehmenden das Potenzial zur Reduktion von Rauchenden in der Schweiz von etwas über 0.03 Prozenten, der Rauchstoppwettbewerb 2017 ein Potenzial von 0.09 Prozenten. Es ist zwar davon auszugehen, dass der Rauchstoppevent über die Teilnehmenden hinaus wirksam ist, also auch Rauchende sensibilisiert und zu einem Rauchstopp bewegt, die sich nicht für den Wettbewerb einschreiben. Allerdings war dieser Zusatznutzen nicht gross genug, um in einer durchgeführten Befragung auf Bevölkerungsebene sichtbar zu werden.

Es kann aufgrund der Ergebnisse empfohlen werden, den Rauchstoppevent auch in Folgejahren wieder durchzuführen. Er eignet sich sehr gut als integrierendes Element sowohl im Nationalen Rauchstopp-Programm als auch darüber hinaus. Er dient den Projekten, die sich an die medizinischen Fachpersonen richten, den Projekten für die Migrationsbevölkerung sowie weiteren Projekten ausserhalb des NRP, als Aufhänger für Sensibilisierungs- und Informationsaktivitäten. Die verschiedenen Rekrutierungswege haben sich bewährt und die Begleitgruppe der Kontributionsanalyse hat sich mehrheitlich dafür ausgesprochen, die Vielfalt der Rekrutierungswege beizubehalten und soziale Medien bei künftigen Rauchstoppevents noch stärker zu nutzen. Aufgrund der schlechten Erfahrungen mit der doppelten Verlosung im Jahr 2016⁴ muss empfohlen werden, sich künftig wieder auf den ursprünglichen Rauchstoppwettbewerb zu beschränken. Möglicherweise könnte das Etablieren eines ganzen Rauchstoppmonats (anstelle des Rauchstopptages vom 31. Mai)

³ Die bisher separat durchgeführten punktuellen Befragungen der medizinischen Fachpersonen wurden zu einer Befragung über alle Berufsgruppen zusammengeführt. Zudem wurden die Kursevaluationen über die verschiedenen Berufsgruppen harmonisiert.

⁴ Im Jahr 2016 hatten die Teilnehmenden versuchsweise die Wahl, entweder an einem eintägigen Rauchstopptag mit Wettbewerb teilzunehmen oder aber am herkömmlichen einmonatigen Rauchstoppwettbewerb.

den Bekanntheitsgrad des Events steigern und eine grössere Plattform für Kommunikation und Aktivitäten bieten.

Der Rauchstoppevent war für viele Rauchende ein Anstoss, einen Rauchstopp zu unternehmen. Das Potenzial dieser Teilnahmen sollte möglichst gut genutzt werden. Aufgrund der hohen Nutzung und der guten Beurteilung der Nützlichkeit der Begleitinformationen, welche die Wettbewerbsteilnehmenden erhalten, soll auch künftig rauchstoppspezifisches Wissen vermittelt werden. Gleichzeitig sollen die professionelle Unterstützung der Wettbewerbsteilnehmenden weiter gefördert und das soziale Potenzial, welches der Rauchstoppevent bietet, besser genutzt werden.

Interventionen bei medizinischen Fachpersonen

Das Nationale Rauchstopp-Programm erreicht die ausgewählten medizinischen Fachpersonen⁵ regelmässig flächendeckend mit Informationen rund um die Tabakentwöhnung und qualifiziert jährlich einen bedeutenden Teil von ihnen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen; letzteres je nach Berufsgruppe mit unterschiedlichem Ausmass (während beispielsweise Ärztinnen und Ärzte gut über Fortbildungskurse erreicht werden können, gelingt dies bei Fachpersonen aus Apotheken bisher noch kaum. Diese werden aber stärker bereits in der Ausbildung erreicht). Gesamthaft gesehen ist das Nationale Rauchstopp-Programm der bedeutendste Akteur der Tabakprävention, welcher medizinische Fachpersonen regelmässig über Tabakentwöhnung informiert und entsprechende Qualifizierungsmassnahmen anbietet. Die Begleitgruppe zur Kontributionsanalyse schätzt den Beitrag des Programms auf etwa 60-80% aller Interventionen zum Thema bei diesen medizinischen Fachgruppen.

Rund 80% der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung erfüllen zentrale Kriterien für Kurzinterventionen⁶ und legen so eine gute Basis für weitergehende Schritte. Sie fragen alle Patientinnen und Patienten, ob sie rauchen, sie dokumentieren den Rauchstatus bei allen Patient/-innen, sie empfehlen allen Rauchenden, mit dem Rauchen aufzuhören und sie empfehlen mindestens den interessierten Rauchenden, beim Rauchstopp Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Die regelmässige Ansprache von Rauchenden durch medizinische Fachpersonen kann als wichtiger Beitrag zu einer Kultur des Nichtrauchens verstanden werden. Allerdings empfiehlt nur etwa ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte allen Rauchenden, Unterstützung beim Rauchstopp in Anspruch zu nehmen. Bei den Kardiologinnen und Kardiologen sind die Werte insgesamt noch höher als bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung, bei nicht-ärztlichen Fachpersonen (HerzKreislauf und Diabetes) und bei Zahnärztinnen und Zahnärzten sind die Werte deutlich tiefer. Insgesamt betrachtet hat sich das Interventionsverhalten medizinischer Fachpersonen trotz teilweise bereits hohen Werten in den letzten Jahren nochmals verbessert.

Hochrechnungen aufgrund der Evaluationsergebnisse und von statistischen Referenzzahlen lassen schätzen, dass die Interventionen des NRP im medizinischen Setting jährlich rund 2'000 bis 10'000 Rauchende resp. max. 0.5 Prozent der Rauchenden zur Rauchfreiheit führen dürften (vgl. Kap. 8.4.17, es handelt sich dabei um eine grobe Schätzung im Sinne einer ungefähren Grössenordnung). Auf den ersten Blick erscheint dieser Anteil gering. Wenn man aber bedenkt, dass jährlich vier Prozent der Rauchenden in der Schweiz mit dem Rauchen aufhören, ist der Beitrag medizinischer Fachpersonen dazu nicht unerheblich.

⁵ Ärztinnen und Ärzte (allgemeine und innere Medizin, Fachärzte der Pneumologie, Kardiologie und Gynäkologie), Zahnärztinnen und Zahnärzte, Dentalhygienikerinnen und –hygieniker, Prophylaxeassistentinnen und assistenten, Schulzahnpflegeinstruktorinnen und –instruktoren, Apothekerinnen und Apotheker, Pharmazieassistentinnen und –assistenten, Herztherapeutinnen und –therapeuten, Diabetesfachberaterinnen und –berater.

⁶ Gemäss den etablierten neuseeländischen Kriterien für Rauchstopp-Kurzinterventionen ABC (Ask, Brief advice, Cessation support).

Damit Rauchende auch künftig regelmässig von unterschiedlichen medizinischen Fachpersonen auf ihr Rauchverhalten angesprochen werden, ihnen ein Rauchstopp nahegelegt und sie beim Rauchstopp mit evidenzbasierten Aufhörhilfen unterstützt werden, soll dieser Interventionsansatz konsequent weitergeführt werden. Die Begleitgruppe zur Kontributionsanalyse war der Meinung, dass dabei weiterhin mehrere Fachgruppen parallel bearbeitet werden sollen. Die Ansprüche, die an das Intervenieren der verschiedenen Fachgruppen gestellt werden, sollen dabei differenziert herausgearbeitet und transparent gemacht werden, als Basis für die Erarbeitung einer Qualifizierungsstrategie und als Referenz für die Evaluation. Die Begleitgruppe war zudem mehrheitlich der Auffassung, dass sich das Nationale Rauchstopp-Programm auch künftig sowohl in der Aus- als auch in der Fort- und Weiterbildung engagieren soll, auch wenn die Einflussmöglichkeiten bezüglich Verankerung des Themas in der Ausbildung begrenzt sind. Die Gründe, welche medizinische Fachpersonen am Intervenieren hindern (insbesondere fehlende Zeit, fehlendes Interesse der Rauchenden und mangelnde entsprechende Ausbildung), bestärken die Richtung, die das Nationale Rauchstopp-Programm mit dem Fokus Kurzinterventionen und mit darauf aufbauenden weiterführenden Angeboten eingeschlagen hat und geben Hinweise auf Entwicklungspotenzial. Die wissenschaftliche Evidenz legt nahe, die Kombination evidenzbasierter Rauchstopphilfen, insbesondere die Kombination von medikamentöser Behandlung und Beratung zu fördern. Viele Fachpersonen wünschen sich zudem vermehrt Hilfsmittel, die sie in der konkreten Arbeit mit den Patientinnen und Patienten unterstützen.

Interventionen bei medizinischen Fachpersonen sind vielversprechend, weil damit Rauchende fast flächendeckend erreicht werden können, weil medizinische Fachpersonen mehrheitlich eine positive Einstellung zur Tabakentwöhnung haben und von deren Wirksamkeit überzeugt sind, weil medizinische Fachpersonen hauptsächlich evidenzbasierte Rauchstopphilfen empfehlen und so die Erfolgsrate von Rauchstopps erhöhen und weil Rauchende in vulnerablen Situationen besonders empfänglich für Rauchstoppinterventionen sein dürften und entsprechende Interventionen von medizinischen Fachpersonen auch erwarten.

Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung

Der vorliegende Interventionsansatz hat das Potenzial, besonders vulnerable und mit herkömmlichen Interventionen nur schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen für das Thema Tabak zu sensibilisieren und Migrantinnen und Migranten punktuell zu erfolgreichen Rauchstopps zu motivieren: In dieser Programmphase wurden 47 Informationsveranstaltungen mit 1'958 Teilnehmenden der türkisch-kurdischen Migrationsbevölkerung durchgeführt und 20 Informationsveranstaltungen mit 315 Teilnehmenden der albanisch-sprachigen Migrationsbevölkerung. Zudem konnten 19 Kurse mit 124 Teilnehmenden der türkisch-kurdischen und 6 Kurse mit 44 Teilnehmenden der albanisch-sprachigen Migrationsbevölkerung durchgeführt werden. Durchschnittlich haben rund 70% der Kursteilnehmenden einen Rauchstoppversuch von mindestens einem Tag unternommen. Nach drei bis vier Monaten waren durchschnittlich rund 35% der Kursteilnehmenden rauchfrei und nach einem Jahr rund 38%.

Obwohl es sich um einen aufwändigen aufsuchenden Interventionsansatz handelt, konnten mit den Veranstaltungen (und Kursen) seit 2010 rund 7% der rauchenden türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung erreicht werden. Die Anzahl der durch diesen Interventionsansatz rauchfrei gewordenen Personen führt aber nur zu einer sehr bescheidenen und kaum messbaren Reduktion der Raucherprävalenz in der Migrationsbevölkerung. Bei der türkisch-kurdischen Migrationsbevölkerung würden die jährlich durchschnittlich 13 durch Kurse neu rauchfreien Personen 0.03% der türkisch-kurdischen Rauchenden entsprechen. Würde man weitere 33 Personen hinzuzählen, welche durch

Informationsveranstaltungen (ohne Kurse) jährlich rauchfrei werden⁷, wären dies insgesamt ca. 0.1% der rund 40'000 Rauchenden mit türkisch/kurdischem Migrationshintergrund.

Ebenso wichtig wie die quantitativen Ziele ist der Beziehungsaufbau zu Vereinen, Moscheen und informellen Gruppierungen, welcher über die Veranstaltungen hinaus wirksam werden kann, um in diesen Settings längerfristig zu einem Normenwandel hin zu Rauchfreiheit beizutragen und regelmässig Teilnehmende für Rauchstoppkurse zu rekrutieren. Es hat sich gezeigt, dass starke Beziehungen nicht nur für den Erfolg in den Rauchstoppkursen, sondern auch für die Rekrutierungsarbeit wichtig sind. Rauchstoppkurse kommen dort eher zustande, wo die Kursleitenden selber gut vernetzt sind. Die Beiträge rund um Tabakprävention und Rauchstopp in den türkischsprachigen Medien der Migrationsbevölkerung können einen wirkungsverstärkenden Effekt in Richtung Normenwandel in den einzelnen Settings (Vereinen) haben, weil diese Medien von der Migrationsbevölkerung stark beachtet werden.

In der Fachliteratur wird empfohlen, Rauchstopppangebote auf vulnerable Gruppen auszurichten, um die Schere zwischen gesundheitlich Privilegierten und Benachteiligten nicht weiter zu öffnen, sondern tendenziell zu schliessen⁸. Die 'aufsuchende' Präventionsarbeit über Vereine der Migrationsbevölkerung ist aufwändig, aber in zweierlei Hinsicht lohnenswert: Einerseits werden über diesen Ansatz Rauchende erreicht, die mit herkömmlichen Ansätzen nur schwer erreichbar sind und andererseits kann die Thematisierung von Tabakkonsum und Rauchstopp in Vereinen der Migrationsbevölkerung zu einem Bewusstseinswandel in diesen Bevölkerungsgruppen führen und Werte und Normen längerfristig beeinflussen.

Gesamtbeurteilung

Die Kontributionsanalyse hat gezeigt, dass die Wirkungslogik der drei untersuchten Interventionsansätze plausibel ist, auch wenn die beabsichtigten Leistungs- und Wirkungsziele nicht in vollem Umfang erreicht werden konnten und der Einfluss des NRP auf die Raucherprävalenz in der Schweiz bescheiden ist. Gemäss Hochrechnungen der Kontributionsanalyse hat das NRP jährlich einige Tausend Rauchende⁹ in die Rauchfreiheit geführt und es hat damit das Potenzial, die Raucherprävalenz jährlich um 0.1 und 0.6% zu senken. Dabei hat der Interventionsansatz der Qualifizierung medizinischer Fachpersonen mengenmässig das grösste Wirkungspotenzial, obwohl bei diesem Interventionsansatz – im Unterschied zu den beiden anderen – keine Befragungs- oder Messdaten zur Wirkung auf Ebene der Rauchenden vorliegen (die Wirkung auf die Rauchenden wird von Ergebnissen bei den medizinischen Fachpersonen und anhand von Referenzwerten aus der Literatur hochgerechnet).

Mit allen drei Interventionsansätzen zielt das NRP auf abrupte Rauchstopps ab, was erfolgversprechender ist als ein langsames Aussteigen¹⁰. Die Wirkung des NRP lässt sich allerdings nicht alleine an der Anzahl der neu durch die Interventionen rauchfrei gewordenen Personen festmachen. Nur bei einem geringen Teil der Rauchenden ist der erste Rauchstopp erfolgreich, die meisten Rauchenden benötigen eine Vielzahl von Rauchstoppversuchen, bis sie rauchfrei sind. Über die Anzahl von Rauchstoppversuchen bis zur Rauchfreiheit herrscht Uneinigkeit, Schätzungen reichen

⁷ In der Befragung der Veranstaltungsteilnehmenden (Arnold et al. 2013a) hat sich gezeigt, dass 52 Personen oder 12.2% der Befragten mit dem Rauchen aufgehört haben, niemand in derselben Zeit aber mit Rauchen angefangen hat. Von diesen 'quitters' hat die Hälfte angegeben, mithilfe eines Rauchstoppkurses das Rauchen aufzugeben zu haben. Es bleiben also rund 6% ohne Rauchstoppkurs.

⁸ „Interventions need to be effectively targeted at smokers in low socio-demographic groups, as untargeted interventions may actually increase inequalities despite reducing overall prevalence.“ (European Commission 2014, 19). Vgl. auch Pfluger et al. 2009 sowie Domenic und Cattacin 2015.

⁹ Der Rauchstoppwettbewerb verspricht jährlich zwischen 600-1'700 neue Nichtraucher, die Qualifizierung medizinischer Fachpersonen 2'000-10'000 neue Nichtraucher und die Tabakprävention und die Rauchstoppkurse bei der Migrationsbevölkerung zusätzlich ein paar Dutzend neue Nichtraucher.

¹⁰ Doll et al. 2004, Lindson-Hawley et al. 2016, West 2012, Cahill und Perera 2011

von 5-30 Rauchstopps. Zahlen aus der Schweiz lassen vermuten, dass etwa jeder sechste erinnerte Rauchstopp längerfristig erfolgreich ist¹¹. Auch ein kürzerer Rauchstopp ist also ein wichtiges Glied in einem längeren Prozess, der letztlich zur Rauchfreiheit führen kann.

Es gibt weitere Faktoren, welche zu einer Unterschätzung des hochgerechneten Wirkungspotenzials führen können. Der Effekt der 'sozialen Ansteckung', also der Umstand, dass zusätzlich Personen aus dem Umfeld derjenigen, die mit dem NRP in Berührung kamen, einen Rauchstoppversuch unternommen haben. Die soziale Ansteckung ist für verschiedene Präventionsfelder untersucht und beschrieben worden¹², so auch für die Tabakprävention¹³. Zudem hat das NRP das Potenzial, über die gemessenen Rauchstopps hinaus wirksam zu sein und mit seinen vielfältigen Interventionen einen nicht bezifferbaren Beitrag an einen längerfristigen gesellschaftlichen (Normen-) Wandel leisten.

Auf der anderen Seite gibt es auch Faktoren, die vermuten lassen, dass das Wirkungspotenzial des NRP überschätzt wird. Ein Teil der durch das NRP rauchfrei gewordenen Personen (rauchfrei nach 6 Monaten bzw. einem Jahr) dürfte in der Zwischenzeit rückfällig geworden sein und wieder rauchen¹⁴ und ein Teil der durch das NRP rauchfrei gewordenen Personen wäre wohl auch ohne die Interventionen des NRP rauchfrei geworden¹⁵. Zudem dürfte die 'soziale Erwünschtheit' in Befragungen zum Rauchstatus dazu geführt haben, dass einige Befragte angegeben haben, dass sie nun rauchfrei sind, obwohl sie noch rauchen. Der Umfang dieser Verzerrungen liess sich im Rahmen der vorliegenden Evaluation nicht bestimmen.

Es gilt mittlerweile als evidenzbasiert, dass ganzheitliche Interventionsansätze, welche gleichzeitig auf mehreren Wirkungsebenen ansetzen, am wirksamsten sind.¹⁶ Das NRP fördert die regelmässige und flächendeckende Ansprache von Rauchenden auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Situationen (z.B. in der Arztpraxis, in der Apotheke oder im Spital, über den Betrieb, über Vereine, über soziale Medien). Es will Rauchende einerseits breit ansprechen (z.B. über den Rauchstoppwettbewerb), andererseits in besonders vulnerablen Situationen erreichen (z.B. bei tabakspezifischen Beschwerden). Dabei werden die verschiedenen Interventionsansätze bewusst miteinander kombiniert. Der Rauchstoppwettbewerb bietet einen guten Aufhänger für Interventionen von medizinischen Fachpersonen (z.B. bei Aktionen in Apotheken) oder für die Tabakprävention in der Migrationsbevölkerung (im 2017 wurden z.B. 371 Institutionen und Vereine der Migrationsbevölkerung zum Rauchstoppwettbewerb angeschrieben und mit Material beliefert). Auch die Verknüpfung des Rauchstoppwettbewerbs mit der Rauchstopplinie ist ein Beispiel für eine gelungene Kombination

¹¹ Aufgrund der Zahlen aus dem Tabakmonitoring kann hochgerechnet werden, dass jedes Jahr etwa 4% der Rauchenden erfolgreich mit dem Rauchen aufhören (10'046 Befragte, davon 2'686 Rauchende (gewichtet, 27%), und 1933 Ex-Rauchende (20%). Von den Ex-Rauchenden haben 632 in den letzten 5 Jahren aufgehört, also etwa 126 pro Jahr. 126 auf 2686 Rauchende ergibt 4.7%). Das wären dann rund 85'000 Personen. Die Hochrechnung lässt auch schätzen, dass etwa jeder fünfte Rauchstopp erfolgreich ist (24% machen einen Rauchstopp jährlich, 4.7% einen erfolgreichen).

¹² Christakis und Fowler 2007, 2008 und 2010.

¹³ Christakis und Fowler (2008) haben in ihren Studien gezeigt, dass rauchfrei werdende Personen einen grossen Einfluss auf das Rauchverhalten im engeren sozialen Umfeld haben. Wenn beispielsweise ein/e Ehepartner/-in mit dem Rauchen aufhört, steigt die Wahrscheinlichkeit auf 67%, dass auch der andere Ehepartner mit dem Rauchen aufhört. Unter Freunden und Arbeitskolleg/-innen in kleinen Firmen kann mit einem Effekt von rund 35% gerechnet werden, unter Geschwistern mit 25%, unter Nachbarn ist diese 'soziale Ansteckung' nicht feststellbar.

¹⁴ Eine grössere, ältere Studie aus den USA zeigt, dass Rauchende, welche einen Rauchstoppversuch von mehr als 3 Monaten gemacht haben, mit einer Wahrscheinlichkeit von rund 90% nach rund 20 Monaten rauchfrei sind (nur 50-60% durchgehend rauchfrei): «Only about 12% of the former smokers who had quit for less than 1 month at baseline remained continuously abstinent at the follow-up interview. This percentage increased to 25% for those who had quit from 1 to less than 3 months; it increased again to 52% if the duration of quitting was from 3 to less than 6 months, but it increased only slightly to 59.2% for those who had quit from 6 to less than 12 months. Overall, the likelihood of remaining continuously abstinent until the follow-up interview was about 90% for former smokers who had quit for 3 months or longer and 95% for those who had quit for 1 year or longer.» Gilpin, Pierce und Farkas 1997.

¹⁵ Die Wirkung des NRP konnte nicht mit einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht werden.

¹⁶ WHO 1998c, Levy et al. 2010, Abrams et al. 2010.

verschiedener Interventionsansätze (rund jede/r fünfte Wettbewerbsteilnehmende wurde auf Wunsch von der Rauchstopplinie kontaktiert).

Potenzial und Grenzen der Evaluationsmethodik

Die Kontributionsanalyse mit seiner systematischen, auf Wirkungsmodellen basierenden Reflexion und Synthese der Erkenntnisse aus unterschiedlichen Wissensquellen hat sich sehr bewährt. Die Kontributionsanalyse hat das Denken in Wirkungszusammenhängen geschärft und für Fragen der Kontribution und Attribution sensibilisiert. Ein grosser Gewinn der Kontributionsanalyse war die systematische Kombination von Ergebnissen aus eigenen Evaluationsmassnahmen mit Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Literatur. Ebenso gewinnbringend waren die regelmässig stattfindenden Reflexionsworkshops, welche zur Schärfung der Analysen und zu einer angemessenen Interpretation der Ergebnisse beigetragen haben. Die Evaluation des NRP hat aber auch Schwächen in der Anwendung der Methodik offenbart. Es war nicht möglich, jede Wirkungsbeziehung mit den zugrundeliegenden Wirkungsannahmen, Risiken und Alternativhypothesen umfassend zu analysieren und zu beurteilen. Während im Aufbau der Evaluation gezielt darauf geachtet werden konnte, Hinweise zu den eigenen Wirkungsannahmen zu erhalten, fehlten zu Alternativhypothesen resp. zu externen Konkurrenzeinflüssen vielfach die Daten für eine fundierte Beurteilung oder der Aufwand war zu gross, um die Evidenz für alle vorstellbaren externen Wirkungseinflüsse zusammen zu tragen. In der vorliegenden Analyse wurde das Wirkungspotenzial ausgehend von den tatsächlich erbrachten Leistungen, der Zielgruppenerreichung und Wirkungshinweisen aus Befragungen der Zielgruppen über Hochrechnungen abgeschätzt.

2 Einleitung

Rauchende sind vielfältigen Einflüssen ausgesetzt, die sie im Rauchen bestärken (Tabakwerbung, rauchendes Umfeld etc.) oder aber zu einem Rauchstopp motivieren wollen (Präventionskampagnen, ärztlicher Rat etc.). Rauchende können heute auf eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten für einen Rauchstoppversuch zurückgreifen. Auch wenn letztlich ein besonderer Anlass oder ein bestimmtes Unterstützungsangebot bei einem konkreten Rauchstoppversuch im Vordergrund steht, kann ein erfolgreicher Rauchstopp nicht diesem einen Anlass oder Angebot alleine zugeschrieben werden. Vielmehr ist ein Rauchstopp das Ergebnis eines Zusammenspiels von vielfältigsten Faktoren über eine längere Zeit. Entsprechend schwierig ist es, den Beitrag einer bestimmten Intervention an einem Rauchstopp abzuschätzen (Kontribution) resp. einen Rauchstopp einer bestimmten Massnahme zuzuordnen (Attribution).

Das Nationale Rauchstopp-Programm (NRP) versucht Rauchende gleichzeitig auf unterschiedlichen Wegen anzusprechen und zu einem Rauchstopp zu motivieren. Der Evaluation dieses Programms kommt die Aufgabe zu, die Wirkungsweise der verschiedenen Interventionsansätze zu reflektieren und gestützt auf eigene Erhebungen und auf Erkenntnisse aus der Fachliteratur das Wirkungspotenzial dieser Ansätze einzuschätzen.

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse und Erkenntnisse der Evaluationsmassnahmen rund um das Nationale Rauchstopp-Programm zusammen. Die Kontributionsanalyse nach Mayne (2001, 2008 und 2011) liefert den methodischen Rahmen dazu. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus den berücksichtigten Studien und Berichten werden nur zusammenfassend wiedergegeben, für eine Vertiefung müssen die Originalstudien und –berichte konsultiert werden.

In einem ersten Teil des Berichts (Kapitel 3), wird ein Überblick über das Nationale Rauchstopp-Programm gegeben. Das vierte Kapitel befasst sich mit der Methodik der Kontributionsanalyse. Kapitel fünf zeigt die Wirkungsmodelle und Zielsysteme, die zu Beginn entwickelt und später zum Teil leicht adaptiert wurden. Das sechste Kapitel gibt einen Überblick über die genutzten Datenquellen und insbesondere über die Evaluationsmassnahmen des NRP. In den Kapiteln sieben bis neun wird das Wirkungspotenzial der drei Interventionsachsen ‚Rauchstoppevent‘, ‚Interventionen bei medizinischen Fachpersonen‘ und ‚Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung‘ zusammenfassend beurteilt. In Kapitel zehn wird eine zusammenfassende Beurteilung der drei Interventionsachsen geleistet und diskutiert und im letzten Kapitel werden die Erfahrungen mit der Methode der Kontributionsanalyse reflektiert.

3 Das Nationale Rauchstopp-Programm

Das Nationale Rauchstopp-Programm bettet sich in das Nationale Programm Tabak 2008 – 2016 des Bundes ein. Ziel des Programms ist es, die Anzahl der Raucherinnen und Raucher zu erhöhen, die den Tabakkonsum aufgeben. Dies ist eine hoch effiziente Massnahme, um die durch das Rauchen verursachte Sterblichkeit zu senken¹⁷. Die Krebsliga Schweiz, die Lungenliga Schweiz, die Schweizerische Herzstiftung und die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz bilden die Trägerschaft. Finanziert wird das Nationale Rauchstopp-Programm vom Tabakpräventionsfonds.

Das NRP versucht Rauchende gleichzeitig über unterschiedliche Kanäle anzusprechen und zu einem Rauchstopp zu motivieren. Es richtet sich einerseits *indirekt* über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in medizinischen Settings an die rauchende Bevölkerung. Mittels Information, Sensibilisierung und Qualifizierungsangeboten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung werden ausgewählte medizinische Fachpersonen motiviert und befähigt, Rauchende auf ihr Rauchverhalten anzusprechen, sie für einen Rauchstoppversuch zu motivieren und sie - je nach Setting und Berufsgruppe in unterschiedlichem Umfang - zu beraten und zu unterstützen. Andererseits richtet sich das NRP auch *direkt* an Raucherinnen und Raucher. Mit einem in der Regel jährlich stattfindenden Rauchstoppwettbewerb wird die rauchende Bevölkerung sehr breit angesprochen und für einen Rauchstoppversuch motiviert. Ergänzend werden Rauchende der Migrationsbevölkerung über Vereine und über ihre eigenen (Print-) Medien gezielt angesprochen und in Rauchstoppkursen in kleinen Gruppen professionell beim Aufhören unterstützt.

3.1 Interventionen in medizinischen Settings

Raucherin und Raucher befinden sich beim Aufsuchen einer Gesundheitsfachperson in einer vulnerablen Situation und sie sind dadurch für Gesundheitsempfehlungen besonders empfänglich. Gesundheitsfachleute verfügen als Absender von Gesundheitsbotschaften, zum Beispiel zum Thema Rauchen, über eine hohe Glaubwürdigkeit. Gemäss einer Metaanalyse (Aveyard et al. 2012) erhöhen Ratschläge zum Aufhören anhand medizinischer Gründe die Anzahl der Aufhörversuche um 24 Prozent, verglichen mit keiner Intervention zum Tabakkonsum. Unterlassen es jedoch Gesundheitsfachleute, den Tabakkonsum anzusprechen, erscheint dieser in den Augen der Patientinnen und Patienten als weniger gravierend. Insbesondere von der Ärzteschaft erwarten Patientinnen und Patienten, dass sie auf ihr Rauchverhalten angesprochen werden (Krebs et al. 2010). Entscheidende Bedeutung in einem Rauchstopp-Programm hat daher die Motivierung und Unterstützung von Raucherinnen und Rauchern durch Akteure in medizinischen Settings. Damit möglichst viele medizinische Fachpersonen für eine professionelle Ansprache, Motivierung und Beratung von Raucherinnen und Rauchern befähigt werden können, wird im Nationalen Rauchstopp-Programm dieser Multiplikatorenansatz breit eingesetzt. Das Nationale Rauchstopp-Programm entwickelt die Grundlagen, um die notwendigen Kenntnisse zur Tabakentwöhnung und Behandlung der Tabakabhängigkeit den medizinischen Fachpersonen zu vermitteln und stellt Gefässe für die Weiterbildung zur Verfügung. Wenn immer möglich wird darauf geachtet, dass die Weiterbildung in bestehende Strukturen der einzelnen Berufsgruppen verankert werden kann. Hinsichtlich ihrer Rolle in der Tabakentwöhnung und Behandlung der Tabakabhängigkeit bestehen Unterschiede innerhalb der einzelnen Berufsgruppen. Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung können die Begleitung von Patientinnen und Patienten beim Rauchstopp gut in den beruflichen Alltag integrieren. Hoch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte etwa im Bereich Herz-Kreislauf-Krankheiten nehmen eine wichtige Rolle in der Motivierung für den Rauchstopp wahr, haben aber kaum die notwendige Zeit, die Raucherinnen und Raucher im Aufhörprozess zu begleiten. Andere Berufsgruppen, z.B. in der

¹⁷ Vgl. Doll et al. 2004, Lindson-Hawley et al. 2016, West 2012, Cahill und Perera 2011

zahnmedizinischen Praxis, können ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Motivierung der Patientinnen und Patienten beim Rauchstopp spielen, begleiten Raucherinnen und Raucher aber nur in Ausnahmefällen beim Rauchstopp. In der Apotheke hängt die Beratung meist mit dem Verkauf von Medikamenten zur Tabakentwöhnung zusammen. Idealerweise beschränkt sich diese nicht auf reine Informationsvermittlung, sondern zeigt den Kundinnen und Kunden auf, dass der Rauchstopp auch tiefer gehende Verhaltensveränderungen bedingt. Fachpersonen, die aufgrund eines anders gelagerten Kerngeschäfts oder aus zeitlichen Gründen eine intensive Begleitung eines Aushörversuchs nicht leisten können, sind darauf angewiesen, Raucherinnen und Raucher an kompetente Stellen weiterweisen zu können. Entsprechende evidenzbasierte Angebote bestehen in der Schweiz in Form von telefonischer Beratung oder von face-to-face Beratung durch Lungenligen, Fachstellen oder Spitäler. Des Weiteren werden Gruppenkurse von Lungen- und Krebsligen sowie von weiteren Akteuren angeboten. Zur Verfügung stehen ebenfalls Selbsthilfebroschüren, Online-Selbsthilfeprogramme bis hin zur Smartphone-Applikation. Diese Angebote werden im Rahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms gezielt gefördert.

3.2 Bevölkerungsbezogene Interventionen bei Raucherinnen und Rauchern

Neben der Ansprache der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den medizinischen Settings richtet sich das Nationale Rauchstopp-Programm über eine breite Öffentlichkeitsaktion und über zielgruppenspezifische Projekte auch direkt an Raucherinnen und Raucher. Mit dem Rauchstoppevent sollen zu einem bestimmten Zeitpunkt gleichzeitig relativ viele Raucherinnen und Raucher erreicht und zu einem Aufhörversuch motiviert. Beim Rauchstopptag vom 31. Mai mit anschliessendem Rauchstoppwettbewerb handelt es sich um eine punktuelle Bevölkerungskampagne, die Rauchende zu eintägigen oder über den Wettbewerb zu mindestens einmonatigen Rauchstopps motivieren will. Begleitmassnahmen wie Aktionen in Betrieben oder wirkungsverstärkende Aktionen in Kantonen sollen dazu dienen, Teilnehmende für den Rauchstoppevent zu akquirieren. Auch die Verbindung mit den beiden anderen Interventionsachsen des Nationalen Rauchstopp-Programms dient diesem Zweck. Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken und Spitäler werden mit Materialien zum Rauchstoppevent beliefert, um Rauchende auf diesen Anlass aufmerksam zu machen und sie zur Teilnahme zu motivieren. Auch die Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung nutzen den Rauchstoppevent als Anlass für den Beginn von Rauchstopps.

Für die Migrationsbevölkerung, die über die drei häufigen Landessprachen nicht oder nur schwer erreicht werden kann, braucht es spezifische Ansätze, die neben sprachlichen auch kulturelle Eigenheiten berücksichtigen. Dies umso mehr, als dass einige bedeutende Migrationsgruppen in der Schweiz über überdurchschnittlich hohe Rauchprävalenzen verfügen. Neben dem Rauchstoppevent, welcher eine Breitenwirkung anstrebt, steht mit den Rauchstoppkursen für die Migrationsbevölkerung ein Interventionsansatz zur Verfügung, der bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen mit hoher Rauchprävalenz in die Tiefe geht. Langzeitstudien aus den USA deuten darauf hin, dass setting-bezogene Peergroup-Ansätze sich als wirksamste Prävention bewähren, weil sich durch sie der Normenwandel in diesen Settings durchsetzen kann (Christakis & Fowler 2008; Bond 2009).

3.3 Wirkungsmodell des Nationalen Rauchstopp-Programms

Für das Nationale Rauchstopp-Programm wurde zu Beginn ein Gesamtwirkungsmodell erarbeitet, welches den Rahmen bildete für die unterschiedlichen Massnahmen in den acht Projekten. Mit einem Gesamtbudget von etwas über sechs Millionen Schweizer Franken wurden einerseits die Massnahmen der einzelnen Projekte (P1-P8) finanziert, andererseits die Grundleistungen, die projektübergreifend auf Programmebene erbracht wurden (Activities). Unter 'Output' sind die Leistungsziele zusammenfassend dargestellt, unter 'Outcome' die Wirkungsziele bei den Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sowie bei den Rauchenden. Der 'Impact' letztlich zeigt, zu welchen

übergeordneten Wirkungen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene das Nationale Rauchstopp-Programm einen Beitrag leisten will. Zum Wirkungsmodell gibt es Tabellen, welche die einzelnen Massnahmen konkretisieren und die Ziele operationalisieren. Diese werden im Kapitel fünf - strukturiert nach den drei Interventionsachsen - wiedergegeben.

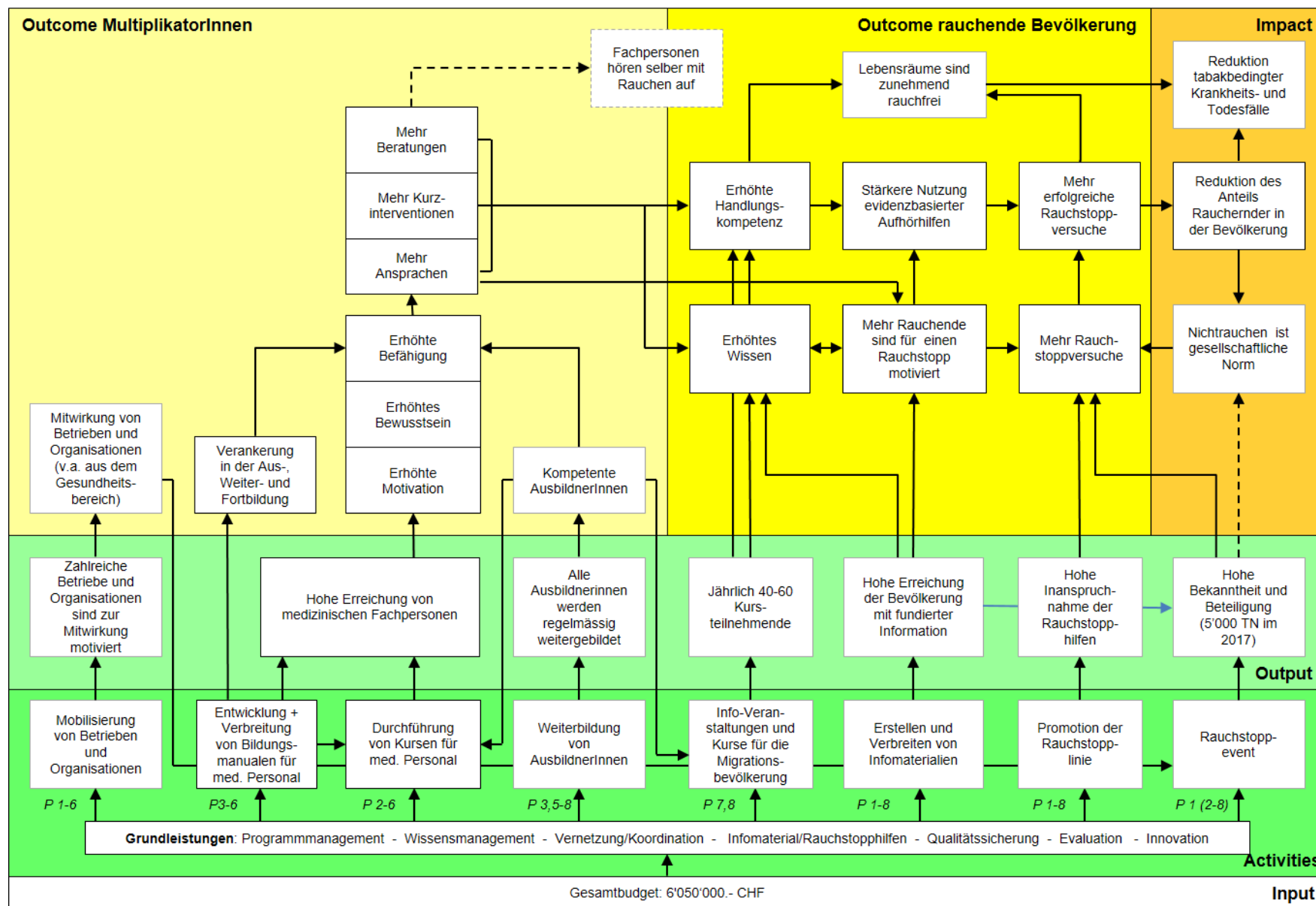


Abb. 1 Gesamtwirkungsmodell des Nationalen Rauchstopp-Programms

3.4 Projektübergreifende Grundleistungen des Programms

Zur Steuerung des Nationalen Rauchstopp-Programms und zur Nutzung von Synergien wurden neben dem Programmmanagement sieben projektübergreifende Grundleistungen definiert:

1. Zusammenarbeit und Koordination
2. Kommunikation und Information
3. Infomaterialien und Rauchstopphilfen
4. Wissensmanagement
5. Qualitätssicherung und -entwicklung
6. Evaluation
7. Innovation

Die Erbringung und die Entwicklung der Grundleistungen wurden einmal jährlich im ganzen Team des NRP reflektiert. Auf der Basis einer systematischen Bewertung wurden jeweils Qualitätsziele und Massnahmen für das Folgejahr abgeleitet. Ausgangslage für diese jährlichen Analysen waren für jede der Grundleistungen a) die Definition der Erwartungen, b) die Beurteilung des Umsetzungsstandes und der Wichtigkeit jeder Grundleistung zu Beginn der Programmphase sowie c) eine SWOT-Analyse mit Stärken, Verbesserungspotenzialen, Chancen und Risiken.

Synergien zwischen den Projekten waren zum Beispiel dort möglich, wo Projekte auf dieselben Informationsmaterialien zurückgreifen oder ähnliche Dienstleistungen in unterschiedlichen Settings angeboten werden. Damit sollen Doppelspurigkeiten vermieden und die Effektivität und Effizienz des Programms gesteigert werden. Gleichzeitig erforderte die Nutzung dieser Synergien eine gute Koordination zwischen den Projekten.

Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über die Synergien zwischen den Projekten und den Grundleistungen:

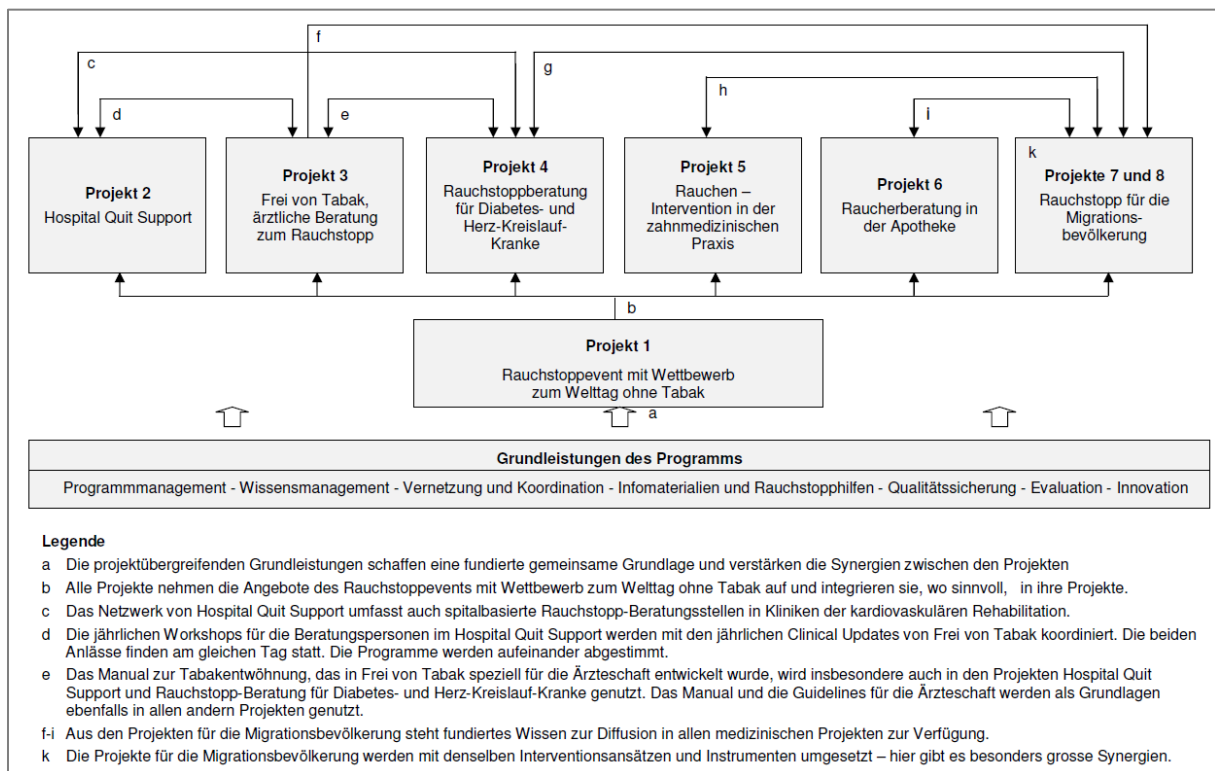


Abb. 2 Synergien zwischen den Projekten und Grundleistungen des NRP

4 Methodik: Kontributionsanalyse

4.1 Theoretische Grundlagen

Zweck einer Kontributionsanalyse ('contribution analysis') ist es, eine fundierte Einschätzung darüber abgeben zu können, inwiefern eine Intervention bzw. ein Programm wie gewünscht wirkt und welcher Beitrag (Kontribution) an beobachteten Veränderungen der Intervention resp. dem Programm zugeschrieben werden kann. Die Kontributionsanalyse basiert auf der Erarbeitung, schrittweisen Prüfung und Weiterentwicklung einer 'credible contribution story' (Mayne 2001), also einer möglichst glaubwürdigen Wirkungsgeschichte, warum die Intervention bzw. ein Programm funktionieren sollte. Bei der Kontributionsanalyse handelt es sich entsprechend um eine Form theoriebasierter Evaluation (Chen 1990). Die sogenannte 'theory of change', die implizit oder explizit hinter einem Programm stehende Wirkungsvorstellung, wird Schritt für Schritt ausdifferenziert und beurteilt. Um sicher zu sein, dass ein Programm einen wesentlichen Beitrag zu einer angestrebten Wirkung geleistet hat, müssen vier Bedingungen erfüllt sein (Mayne 2008):

1. Die 'theory of change', die hinter dem Programm steht, muss plausibel sein und wichtige Stakeholder müssen sich darin einig sein.
2. Die vorgesehenen Programmaktivitäten müssen tatsächlich umgesetzt worden sein.
3. Die Kernelemente der Wirkungsgeschichte müssen durch empirische Befunde bestätigt werden, insbesondere müssen die erwarteten Wirkungen beobachtbar sein.
4. Andere, konkurrierende Einflussfaktoren müssen auf ihren Wirkungsbeitrag hin überprüft worden sein und die Befunde müssen zeigen, dass diese entweder keine wesentliche Rolle spielen oder ihr Einfluss muss abgeschätzt werden können.

Es geht darum, unterschiedliche programmbezogene und externe Wirkungszusammenhänge zu untersuchen und in ihrer Bedeutung einzuschätzen, um auf dieser Grundlage möglichst plausible Aussagen über den Wirkungsbeitrag eines Projekts oder Programms zu einer beobachteten oder gemessenen Veränderung machen zu können. Die Kontributionsanalyse nach Mayne (2001, 2008, 2011) liefert ein prozessorientiertes Evaluationsmodell, welches dazu anleitet, entlang von Wirkungsvermutungen Schritt für Schritt Evidenzen zu beurteilen, neue Erkenntnisse zu generieren und zu einer fundierten Gesamtbeurteilung zu verdichten. Sie ist als iterativer Entwicklungsprozess mit internen und externen Reflexionsschleifen angelegt:

Schritt 1:	Formulierung zentraler Wirkungshypothesen
Schritt 2:	Entwicklung der Wirkungsmodelle/Wirkungsgeschichten
Schritt 3:	Untermauerung mit bestehenden Evidenzen
→ Schritt 4:	Festigung der Wirkungsgeschichten
Schritt 5:	Sammlung und Integration zusätzlicher Evidenzen
Schritt 6:	Anpassung und Festigung der Wirkungsgeschichten

Tab. 1 Prozessschritte der Contribution Analysis (Mayne 2008)

Zur Plausibilisierung sollen Daten aus unterschiedlichen Quellen hinzugezogen werden: wissenschaftliche Evidenzen, Ergebnisse aus Evaluationen, Einschätzungen von Expertinnen und Experten. Diese sollen nach Bedarf durch neue Erhebungen und Analysen ergänzt werden, die entweder selber durchgeführt oder aber beauftragt werden.

Lücken in der Argumentationskette der Wirkungsgeschichten sollen mit angemessenen Erhebungen resp. mittels entsprechender Forschungsmethoden gefüllt werden; dabei kann es sich sowohl um hypothesenprüfende quantitative als auch um explorative, qualitative Zugänge handeln. Um den Beitrag des eigenen Programms abschätzen zu können, müssen konsequenterweise auch externe Einflussfaktoren identifiziert und deren Beiträge abgeschätzt werden. Auch hierzu muss auf bestehende Evidenzen, auf Daten Dritter, auf Experteneinschätzungen und gegebenenfalls auf eigene Erhebungen und Analysen zurückgegriffen werden.

4.2 Aufbau der Kontributionsanalyse des Nationalen Rauchstopp-Programms

In mehreren Workshops mit den Programm- und Projektleitenden des Nationalen Rauchstopp-Programms wurden im Jahr 2013 einerseits ein Wirkungsmodell für das Gesamtprogramm und andererseits Wirkungsmodelle für jedes einzelne Projekt erarbeitet. Für jedes Wirkungsziel wurden Indikatoren definiert, um eine Beurteilung der Zielerreichung zu ermöglichen. Zudem wurde für jeden Indikator festgelegt, welche Datenquellen die entsprechenden Daten liefern werden.

Für die Analyse wurden die verschiedenen Projekte zu drei Hauptinterventionsachsen zusammengefasst:

- Rauchstoppevent (Projekt 1 des Programms)
- Interventionen im medizinischen Setting (*Projekte 2-6 des Programms*)
- Rauchstoppkurse für Migrant/-innen (*Projekte 7-8 des Programms*)

Wie für Mehrkomponenten-Programme empfohlen, wurde für die drei Interventionsachsen je ein grafisches Wirkungsmodell erarbeitet, welches die Massnahmen, die Leistungsziele („output“ inkl. „reach“), die Wirkungsziele für die Multiplikator/-innen und die Rauchenden („outcome“) sowie Leitziele auf Bevölkerungsebene („impact“) enthält, die zugrunde gelegten Wirkungsvermutungen durch Verbindungspfeile sichtbar macht und so die Wirkungslogik der entsprechenden Interventionsachse verdeutlicht. Die Leistungs- und Wirkungsziele wurden mittels Detailzielen operationalisiert, um die Ziele messbar zu machen und die Zielerreichung beurteilen zu können.

Diese Wirkungsmodelle, welche die vermuteten Ursache- Wirkungsbeziehungen abbilden, bildeten das Grundgerüst für die Wirkungsgeschichten der Kontributionsanalyse. Die Reflexion der Leistungs- und Wirkungsziele und die Beurteilung ihrer Erreichung sind das eine tragende Element der Wirkungsgeschichten (Kästchen in den Wirkungsmodellen). Das andere tragende Element und die grössere methodische Herausforderung liegt zwischen den verschiedenen Zielen, also in den vermuteten Wirkungsbeziehungen (Pfeile in den Wirkungsmodellen).

Der Evaluationsprozess über die verschiedenen Stufen der Kontributionsanalyse wurde wie folgt organisiert:

Kontinuierliche Entwicklung im Kernteam: In einem kleinen Team – und zum Teil durch den Evaluator alleine - wurde die Hauptarbeit der Kontributionsanalyse geleistet. Diese beinhaltete die Recherche und Beurteilung von wissenschaftlichen Evidenzen, die Entwicklung der Konzepte und Instrumente für die eigenen Erhebungen, die Integration und Interpretation der Ergebnisse der Erhebungen, die fortlaufende Weiterentwicklung der Wirkungsgeschichten, die Beurteilung der Zielerreichung und die Überprüfung der Wirkungsbeziehungen mithilfe der zusammengetragenen Evidenzen und Daten.

Interne Reflexionsworkshops: Vor jedem Begleitgruppenworkshop traf sich das Kernteam mit ausgewählten Projektleitenden zur Reflexion des Stands der Arbeiten.

Begleitgruppe Kontributionsanalyse: Zur fachlichen Begleitung der Entwicklungsarbeiten wurde eine Begleitgruppe ins Leben gerufen, welcher neben den Mitgliedern des Kernteams, ausgewählten Projektleitenden und Markus Studer, dem Vertreter des Tabakpräventionsfonds, die folgenden

ausgewiesenen Experten der Tabakprävention angehören: PD Dr. Dr. Severin Haug vom Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Prof. Dr. Jean-Paul Humair vom Universitätsspital Genf und von Cipret Genf, Dr. Hervé Kuendig von Sucht Schweiz und Prof. Dr. Holger Schmid von der Fachhochschule Nordwestschweiz.

Die Begleitgruppe, welche sich über den gesamten Zeitraum zu insgesamt vier halbtägigen Workshops traf, wurde dazu genutzt, um...

- die hinter dem Programm stehenden Wirkungsgeschichten zu reflektieren und Hinweise zu deren Weiterentwicklung zu geben,
- Anregungen zum Füllen von Evidenzlücken zu geben und entsprechende Evidenzen zu vermitteln,
- die im Rahmen des Programms geplanten Erhebungen und nachfolgend die entsprechenden Ergebnisse zu reflektieren und
- Einschätzungen zum Wirkungsbeitrag des Programms und von anderen Einflussfaktoren abzugeben.

Der Prozess der Kontributionsanalyse hat einerseits zu zahlreichen Anpassungen in den zum Teil schon bestehenden Befragungsinstrumenten geführt¹⁸. Jedes Erhebungsinstrument wurde daraufhin geprüft, ob es mit zusätzlichen Fragen zur Beurteilung der Wirkungsannahmen aus dem entsprechenden Modell ergänzt werden könnte und die Erhebungen wurden mit Blick auf die Wirkungsmodelle aufeinander abgestimmt¹⁹. Andererseits hat die Kontributionsanalyse zur Realisierung von zusätzlichen Erhebungen, zu Interviews mit ausgewählten medizinischen Fachpersonen geführt (Müller 2017a und Müller 2017b). Um ein zusätzliches Feedback zu den Wirkungsmodellen aus einer theoretischen Perspektive zu erhalten, wurde eine entsprechende Expertise am gesundheitspsychologischen Institut der Universität Zürich in Auftrag gegeben (Scholz & Lüscher 2016).

4.3 Beurteilung der Wissensquellen

Die Kontributionsanalyse stützte sich auf Befragungen und weitere Evaluationsmassnahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms, auf Metaanalysen, systematische Reviews rund um das Thema Rauchstopp, auf wissenschaftliche Einzelstudien aus der Schweiz und aus anderen ‚westlichen‘ Ländern, auf evidenzbasierte Leitlinien, auf Projektstatistiken, auf soziodemographische Referenzdaten zur Schweizer Bevölkerung sowie auf Einschätzungen der Programmleitung, der Projektleitungen und der Begleitgruppe ab.

Die Beurteilung der Leistungs- und Wirkungsziele erfolgte mehrheitlich aufgrund von Projektstatistiken und Befragungen, die im Rahmen der Evaluation des NRP durchgeführt wurden. Für die Beurteilung der Wirkungsbeziehungen (nummerierte Pfeile in den Modellen, WB1, WB2 etc.) wurde primär auf Befragungen im Rahmen der Evaluation des NRP sowie auf wissenschaftliche Studien und Leitlinien abgestützt. In vielen Fällen, insbesondere bei Datenlücken, wurden ergänzend Einschätzungen der Programm- und Projektleitenden sowie der Begleitgruppe Kontributionsanalyse eingeholt.

Für die Bewertung der Erkenntnisse zu den Wirkungsbeziehungen wurde ein Orientierungsraster erarbeitet. Da die methodische Qualität der berücksichtigten Studien nicht im Detail überprüft werden konnte, ist die Zuteilung als grobe Einschätzung zu verstehen. Es wurden zudem nicht die einzelnen

¹⁸ Zum Beispiel neue Fragen zum Nutzen von besuchten Kursen im Hinblick auf Wissen, Verhalten und Motivation bei medizinischen Fachpersonen oder neue Fragen zur sozialen Ansteckung bei Teilnehmenden des Rauchstoppwettbewerbs und der Kurse für die Migrationsbevölkerung.

¹⁹ Die bisher separat durchgeführten punktuellen Befragungen der medizinischen Fachpersonen wurden zu einer Befragung über alle Berufsgruppen zusammengeführt. Zudem wurden die Kursevaluationen über die verschiedenen Berufsgruppen harmonisiert.

Studien als Ganzes bewertet, sondern die einzelnen Aussagen. So wurden einzelne Aussagen einer Studie als eher stark evident beurteilt, andere in derselben Studie als eher schwach. Im Gegensatz zu den aus der ‚evidence based medicine‘ bekannten Evidenzhierarchien können in der vorliegenden Systematik nicht nur auf RCT's beruhende Kausalaussagen hohe Bewertungen erhalten, sondern auch Kausalaussagen aus anderen Forschungsdesigns, sofern die Qualität, die Nachvollziehbarkeit, die Eindeutigkeit der Aussagen und die Übertragbarkeit als gut eingestuft werden (z.B. Aussagen aus hochwertigen Beobachtungsstudien oder aus qualitativen Studien). In begründeten Ausnahmefällen gab es auch Abweichungen vom Raster resp. Sonderfälle in der Bewertung. Ein Beispiel für einen Sonderfall war die als stark evident einzustufende Aussage der Projektleitung, dass der Grossteil von Kursteilnehmenden direkt an Infoveranstaltungen akquiriert werden konnte, passend zur Kausalannahme des Modells: ‚die Veranstaltungen dienen der Akquisition von Kursteilnehmenden‘.

Evidenzstärke	Metaanalysen/ systematische Reviews	Einzelstudien	Expertenmeinungen
stark	- Qualitativ hochwertige Metaanalysen und systematische Reviews mit guter Datengrundlage, deutlichen Ergebnissen und guter Übertragbarkeit		
eher stark	- Ergebnisse aus Metaanalysen und systematischen Reviews mit limitierter Datengrundlage, weniger eindeutigen Ergebnissen oder leicht eingeschränkter Übertragbarkeit	- Qualitativ hochwertige Einzelstudien mit deutlichen Ergebnissen und sehr guter Übertragbarkeit (z.B. aus dem NRP-Kontext)	
moderat		- Einzelstudien mit leicht eingeschränkter Qualität, Aussagekraft oder Übertragbarkeit	- Synthese von wiss. abgestützten Expertenmeinungen mit klarer Aussagekraft und sehr guter Übertragbarkeit
eher schwach		- Einzelstudien mit mittelmässig eingeschränkter Qualität, Aussagekraft und/oder Übertragbarkeit	- Wiss. abgestützte Expertenmeinungen oder Synthese von Einschätzungen von Fachpersonen aus dem Feld
schwach		- Einzelstudien mit deutlicheren Qualitätsmängeln, deutlich eingeschränkter Aussagekraft und/oder Übertragbarkeit	- Einzeleinschätzungen von Fachpersonen aus dem Feld, mit klarer Aussagekraft und guter Übertragbarkeit

Tab. 2 Raster Evidenzstärke

Die folgende Tabelle gibt zusätzliche Anhaltspunkte für die Bewertung der Studienqualität, Aussagekraft und Übertragbarkeit der Erkenntnisse:

	Gut	Eingeschränkt	Schlecht
Studienqualität	Ausreichend grosse Stichproben (quantitativ wie qualitativ), für Kausalaussagen geeignetes Design, überzeugende Methodik	Kleine Stichproben, für Kausalaussagen nicht ideales Design, kleinere bis mittlere methodische Mängel oder Verzerrungen	-> Studie wird nicht berücksichtigt
Aussagekraft der Erkenntnisse	Eindeutige, kohärente, gut nachvollziehbare Ergebnisse und Erkenntnisse, wenig Interpretationsspielraum	Schlecht nachvollziehbare Ergebnisse und Erkenntnisse, Ergebnisse mit lediglich einer Tendenz	Widersprüchliche Ergebnisse -> werden als solche ausgewiesen
Übertragbarkeit der Erkenntnisse	Aus dem Kontext des NRP stammend oder gut zum Kontext des NRP passend	Nur bedingt zum Kontext des NRP passend	Gar nicht zum Kontext des NRP passend -> Studie wird nicht berücksichtigt

Tab. 3 Raster Studienqualität, Aussagekraft und Übertragbarkeit

Die Beurteilung der Erkenntnisse zu den Wirkungsbeziehungen wurde in eckiger Klammer der Aussage hintenangestellt. Ein Plus im vorderen Bereich der Klammer bedeutet, dass die gefundene Aussage die Wirkungsannahme (durch den Pfeil im Wirkungsmodell symbolisiert) unterstützt, ein Minus widerlegt die Wirkungsannahme. Wenn die angeführte Erkenntnis zwar wichtig erschien, aber die Wirkungsannahme weder unterstützte noch widerlegte, wurde dies durch eine Null angezeigt:

- [+, eher stark] – die Aussage unterstützt die Wirkungsannahme bei eher starker Evidenz
- [-, stark] – die Aussage widerlegt die Wirkungsannahme bei starker Evidenz
- [0, moderat] – die Erkenntnis macht keine Aussage zur Wirkungsannahme, bei moderater Evidenz

Die Beurteilung der Zielerreichung und der Wirkungsbeziehungen wurde im Wirkungsmodell farblich sichtbar gemacht. Die Farblegende befindet sich zu Beginn eines jeden Kapitels (Kap. 7-9).

5 Wirkungsmodelle und Zielsysteme

Auf den folgenden Seiten werden die drei grafischen Wirkungsmodelle und die dazu gehörenden Zielsysteme abgebildet. In den Wirkungsmodellen sind die Massnahmen, Leistungs-, Verbreitungs- und Wirkungsziele in Kästchen abgebildet:

- Massnahmen ('Activities') - dunkelgrüner Hintergrund
- Leistungs- und Verbreitungsziele ('Output' und 'Reach') - hellgrüner Hintergrund
- Wirkungsziele ('Outcome') auf Ebene Multiplikator/innen - hellgelber Hintergrund
- Wirkungsziele ('Outcome') auf Ebene Rauchender - dunkelgelber Hintergrund
- Längerfristige Wirkungsziele/Visionen ('Impacts') - oranger Hintergrund

Die Wirkungsziele, die in den Modellen noch recht unspezifisch formuliert sind, wurden über Detailziele operationalisiert. Diese sind in den Zielsystem-Tabellen, im Anschluss an die Wirkungsmodelle, aufgeführt. Die Wirkungsbeziehungen resp. die Wirkungsannahmen sind mit Pfeilen dargestellt.

Während der Dauer der Kontributionsanalyse haben die Wirkungsmodelle verschiedene Anpassungen erfahren. Die Ziele des Programms haben sich grundsätzlich nicht verändert²⁰, aber es wurden einige Wirkungsbeziehungen neu in die Modelle aufgenommen (vgl. beurteilte Modelle zu Beginn der Kapitel 7-9).

²⁰ Aufgrund von Beitragsreduktionen durch den Tabakpräventionsfonds mussten einige Zielwerte nach unten korrigiert werden. In diesem Bericht werden nur die korrigierten Zielwerte angegeben.

5.1.1 Rauchstoppevent – Wirkungsmodell und Zielsystem

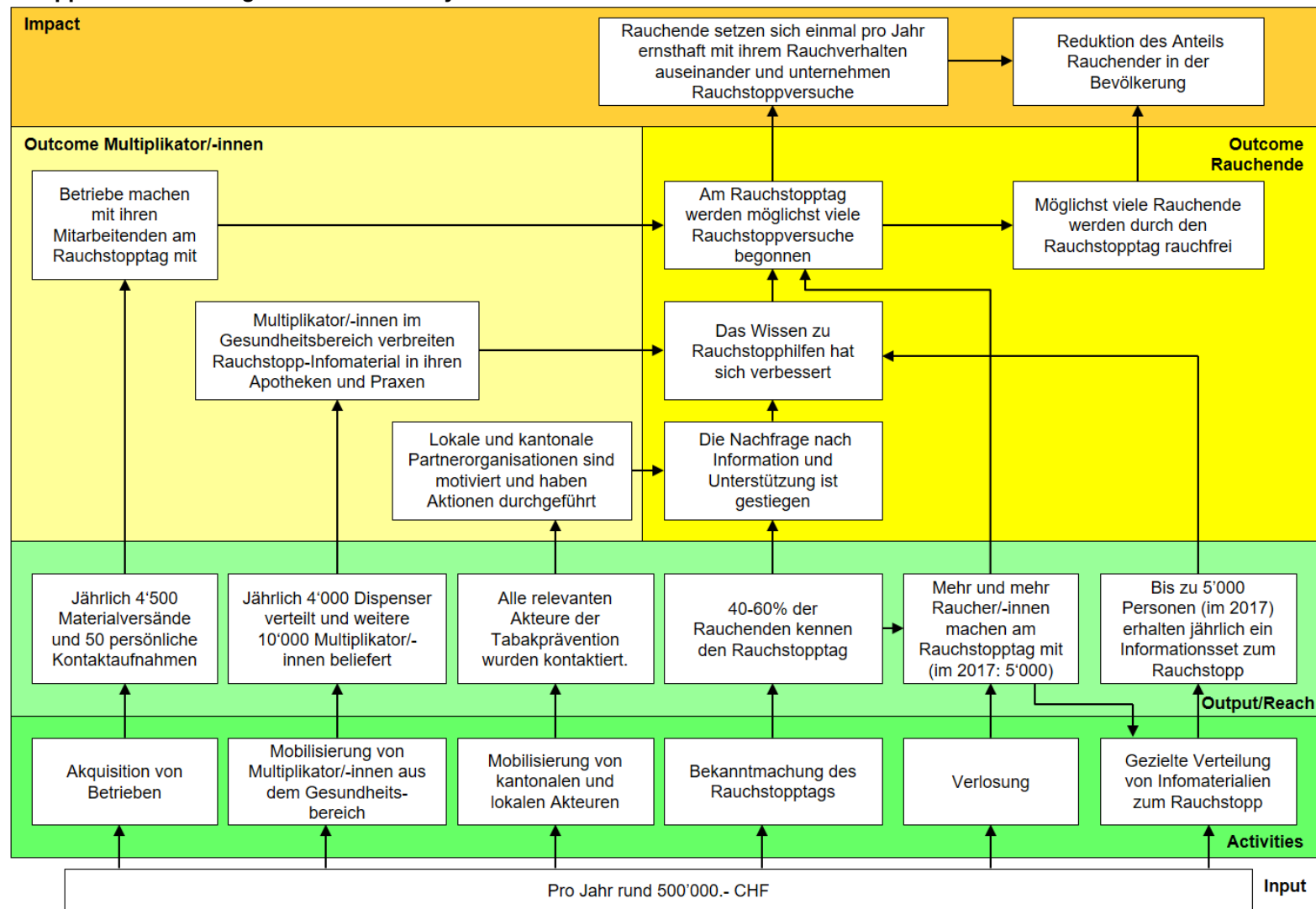


Abb. 3 Ursprüngliches Wirkungsmodell 'Rauchstoppevent'

Massnahmen	Leistungsziele (Output)
Akquisition von Betrieben	Jährlich werden 4'500 Materialversände gemacht und 50 Betriebe persönlich kontaktiert und zum Mitmachen animiert.
Mobilisierung von Multiplikator/-innen aus dem Gesundheitsbereich	Jährlich werden an insgesamt 4000 Apotheken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen Dispenser mit Infomaterialien verteilt. Zusätzlich werden jährlich mindestens 10'000 weitere Apotheken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen mit Informationsmaterial beliefert.
Mobilisierung von kantonalen und lokalen Akteuren	Alle relevanten Akteure der Tabakprävention wurden kontaktiert.
Bekanntmachung des Rauchstopptags	40-60 % der Rauchenden kennen den Rauchstopptag.
Verlosung	5'000 Raucherinnen und Raucher machen am Rauchstopptag mit (bis Ende 2017).
Gezielte Verbreitung von Infomaterialien zum Rauchstopp	5'000 Raucherinnen und Raucher erhalten Informationen zum Rauchstopptag (bis Ende 2017).
Wirkungsziele (Outcome)	Detailziele
Betriebe machen mit ihren Mitarbeitenden am Rauchstopptag mit.	Pro Jahr wurden 10'000 Mitarbeitende erreicht.
	Pro Jahr haben sich 5 neue Betriebe mit eigenem Anreizsystem am Rauchstopptag beteiligt (grössere Aktionen).
	Bis 2017 wurden insgesamt Aktivitäten in 10 Spitälern durchgeführt.
Multiplikatoren im Gesundheitsbereich verbreiten das Rauchstoppmaterial wie vorgesehen über die Dispenser.	60 % der Multiplikatoren haben die Dispenser in der Promotionsphase aufgestellt.
	150 - 200 Multiplikatoren haben jährlich zusätzliches Wettbewerbsmaterial bestellt.
	Jährlich wurden 4'000 zusätzliche Wettbewerbsmaterialien bestellt.
Die kantonalen und lokalen Partnerorganisationen sind motiviert und haben Aktionen zum Rauchstopptag durchgeführt.	In mindestens 10 Kantonen haben Fachstellen, Ligen oder andere Gesundheitsorganisationen jährlich Aktivitäten organisiert.
Viele Rauchende werden durch den Rauchstopptag rauchfrei.	mind. 1'500 Rauchende pro Jahr sind für 4 Wochen rauchfrei geblieben (bis im Jahr 2017 2'000 pro Jahr).
	mind. 500 Rauchende pro Jahr sind für 6 Monate rauchfrei geblieben (bis im Jahr 2017 1'000 pro Jahr).
Die Nachfrage nach Information und Unterstützung ist gestiegen.	20 % der angemeldeten Teilnehmenden der vierwöchigen Rauchpause sind von der Rauchstopplinie beraten worden.
Am Rauchstopptag werden möglichst viele Rauchstoppversuche begonnen.	Mindestens 5'000 Personen haben einen Rauchstoppversuch unternommen.
Das Wissen zu Rauchstopphilfen hat sich verbessert: Rauchende kennen die gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakkonsums und sie wissen, wo sie sich Unterstützung holen können, wenn sie mit dem Rauchen aufhören wollen.	60% der Teilnehmenden am Rauchstopp-Wettbewerb 2011 beurteilen das zugestellte Infomaterial als „sehr nützlich“ oder „eher nützlich“.
	20 % der angemeldeten Teilnehmer der vierwöchigen Rauchpause sind von der Rauchstopplinie beraten worden.
	Erhöhte Downloads

Tab. 4

Zielsystem Rauchstoppevent

5.1.2 Interventionen bei medizinischen Fachpersonen – Wirkungsmodell und Zielsystem

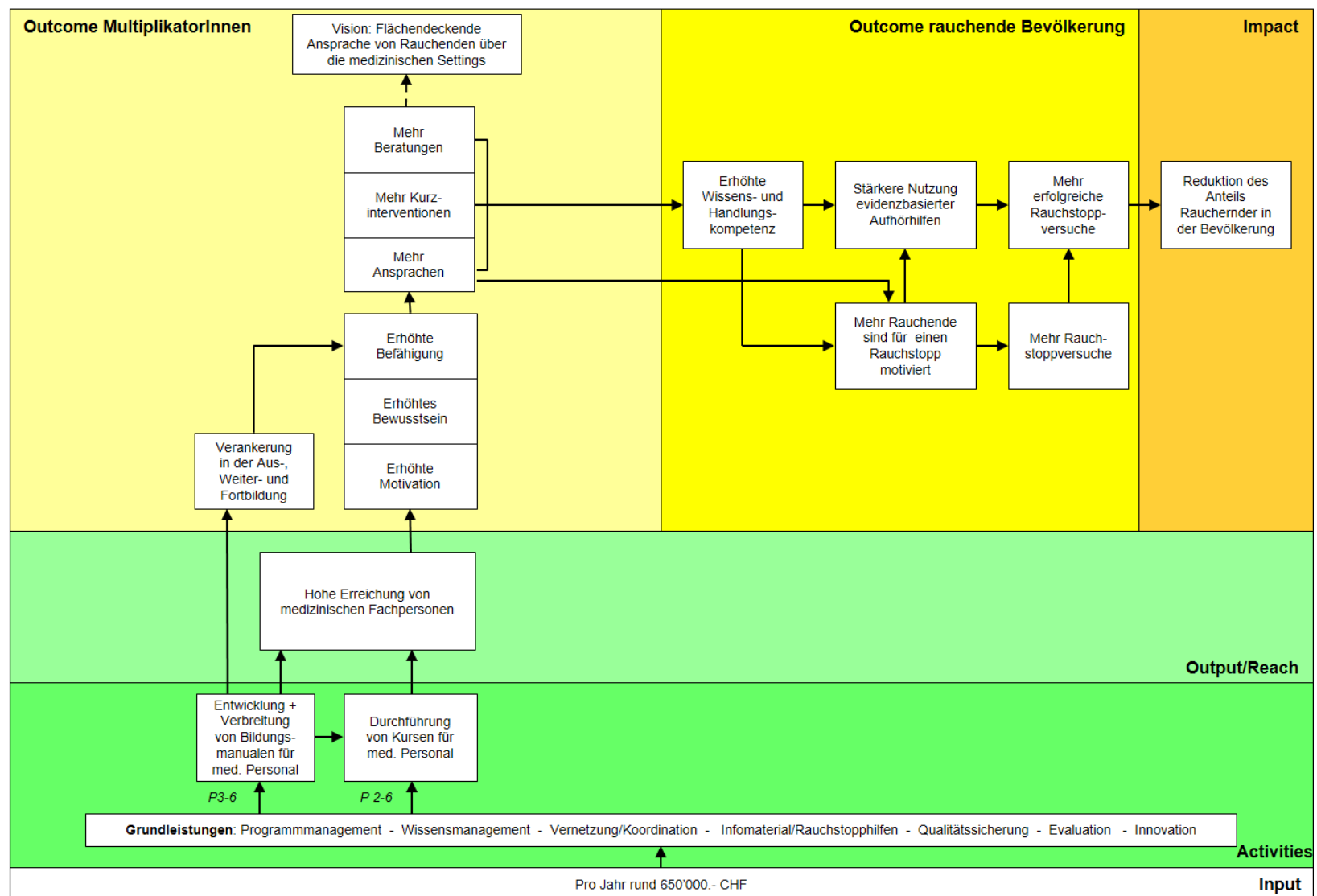


Abb. 4 Ursprüngliches Wirkungsmodell 'Interventionen bei medizinischen Fachpersonen'

Massnahmen	Leistungsziele (Output)
Entwicklung und Verbreitung von Bildungsmanualen für medizinisches Personal (inkl. wiss. Artikel)	Ärzterschaft Grundversorgung: Jährlich werden 500 Manuale und 500 Guidelines an Ärztinnen und Ärzte abgegeben und zusätzlich jährlich 100 Manuale bestellt. Jährlich werden 5'000-7'000 Patientenmaterialien an Ärztinnen und Ärzte abgegeben.
	Fachpersonal Diabetes/HerzKreislauf: Insgesamt werden pro Jahr insgesamt 200 Exemplare des Manuals und der Guidelines an Ärzt/-innen, Herz-Kreislauf-Therapeut/-innen und Ernährungsberater/-innen verteilt.
	Medizinisches Fachpersonal Apotheken: Aus Apotheken gibt es jährlich 50 Bestellungen von Informationsmaterial. Jährlich erscheint mindestens ein Fachartikel zum Thema Tabak und Tabakentwöhnung in einer Publikation für die Apothekenschaft und pro Jahr gibt es einen Stand an einem Kongress der Zielgruppe.
	Zahnmedizinisches Fachpersonal: Bis 2017 wurde an 4 Kongressen der zahnmedizinischen Fachpersonen ein Stand unterhalten und insgesamt ein Referat und ein Symposium zu Tabak, Mundgesundheit und Tabakentwöhnung durchgeführt. Jährlich erscheint ein Fachartikel zu Rauchen und Mundgesundheit. Bis 2017 ist eine Forschungsarbeit zum Thema Rauchen und Mundgesundheit publiziert. Jährlich werden durchschnittlich 200 Manuale für zahnmedizinisches Fachpersonal vertrieben.
Durchführung von Kursen für med. Personal	Ärzterschaft Grundversorgung: Jährlich finden 10 bis 15 Kurse mit insgesamt 150-250 Teilnehmenden statt. Das Thema Rauchen/Rauchstopp wird an einem Pädiatrie-Kongress eingebracht.
	Ärzterschaft und Therapeut/-innen Diabetes/HerzKreislauf: Pro Jahr finden 2 Workshops mit insg. 80 Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Kongressen, pro Jahr 1-2 Kurse mit insgesamt 20-40 nichtärztlichen Fachpersonen statt.
	Zahnmedizinisches Fachpersonal: Bis 2017 werden 3 Workshops (mit 36 Personen), 6 Schulungen in zahnmedizinischen Praxen, 1 Schulung für die Schulzahnpflege und 6 Schulungen in Ausbildungsstätten (mit 120 Personen) durchgeführt.
	Jährlich haben 50 Fachpersonen aus Offizinapotheken einen Kurs besucht.
	Hospital Quit Support: 60 % der Beratungsstellen sind an den jährlich stattfindenden Weiterbildungsworkshops vertreten.
Hohe Erreichung von medizinischen Fachpersonen	Ärzterschaft Grundversorgung: 100% der Ärztinnen und Ärzte werden mit Informationen erreicht, 7% in 3.5 Jahren mit Kursen.
	Fachpersonal Diabetes/HerzKreislauf: 100% der Fachleute werden mit Informationen erreicht (ca. 1380 Fachärzt/-innen, 330 Herztherapeut/-innen, 270 Ernährungsberater/-innen). 10% der Fachärzt/-innen, 20% der Herztherapeut/-innen sowie 25% der Ernährungsberater/-innen für Diabetes werden mit Kursen erreicht.
	Zahnmedizinisches Fachpersonal: 100% der Zahnarztpraxen und 100% der Mitglieder von Swiss Dental Hygienists werden mit Informationen erreicht. 100% der Zahnärzt/-innen in Ausbildung und 100% der Dentalhygieniker/-innen in Ausbildung werden mit Kursen erreicht.
	Medizinisches Fachpersonal Apotheken: 100% der rund 1700 Apotheken werden mit Informationen erreicht. 100% der Apotheker/-innen in Ausbildung und 24% der Pharmaassistent/-innen in Ausbildung werden mit Kursen erreicht.
	Hospital Quit Support: 100% der Fachpersonen in den HQS-Beratungsstellen werden mit Informationen erreicht. Pro Jahr werden mit je einem Workshop 60% der HQS-Berater/-innen erreicht (aus 10% aller Spitäler in der Schweiz).

Wirkungsziele (Outcome)	Detailziele
Verankerung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung: Das Thema Rauchstopp ist in den Aus-, Weiter- und Fortbildungen des medizinischen Fachpersonals verankert.	Ärzterschaft Grundversorgung: Bis Ende 2016 wird der Lehrgang für klinische Semester an 9 Ausbildungsstätten genutzt, Ziel ist eine jährliche Durchführung mit insgesamt 80-120 Ärztinnen und Ärzten.
	Fachpersonal Diabetes/Herzkreislauf: Tabakentwöhnung ist in den Weiterbildungs-CAS für Herz-Kreislauf -Fachpersonen integriert.
	Medizinisches Fachpersonal Apotheken: Alle Pharmaziestudierenden besuchen im Laufe ihrer Ausbildung eine Ausbildungseinheit zu Tabakentwöhnung. Pro Jahr 60 ausgefüllte Wissensprüfungstests aus dieser Zielgruppe. An 25% der Berufsschulen für Pharma-Assistenten werden Ausbildungseinheiten durchgeführt.
	Zahnmedizinisches Fachpersonal: An 6 Ausbildungsstätten finden Schulungen zu Tabak, Mundgesundheit und Tabakentwöhnung statt und 6 Ausbildungsstätten nutzen den Online-Wissensprüfungstest. Bis 2017 werden die Wissensprüfungstests in 80% der Ausbildungsstätten durchgeführt.
Erhöhte Motivation, erhöhtes Bewusstsein und erhöhte Befähigung: Medizinische Fachpersonen sind sensibilisierter, motivierter und kompetenter in Bezug auf Rauchstopppinterventionen für ihre Patientinnen und Patienten.	Ärzterschaft Grundversorgung: In der Ärzteschaft soll der hohe Stand an Motivation, Bewusstsein und Befähigung erhalten werden. 60% der anvisierten 150-250 Ärztinnen und Ärzte, die jährlich einen Kurs zum Rauchstopp besuchen, geben in der Evaluation einen Wissenszuwachs an.
	Fachpersonal Diabetes/Herzkreislauf: In der Ärzteschaft soll der hohe Stand an Motivation, Bewusstsein und Befähigung erhalten werden. 60% der nichtärztlichen Fachpersonen geben an, dass es ihnen besser gelingt, Patientinnen und Patienten konsequent und immer wieder aufs Neue auf ihr Rauchverhalten anzusprechen. 25% der nichtärztlichen Fachpersonen im Bereich Diabetes/Herz-Kreislauf-Krankheiten sind über die Angebote zur Rauchstopppberatung von Ligen, Fachstellen und der Rauchstopplinie zur eventuellen Weiterverweisung von Patientinnen und Patienten informiert. 75% der Herztherapeutinnen, Herztherapeuten und Diabetes-Fachpersonen empfehlen ihren rauchenden Patientinnen und Patienten den Rauchstopp. 40% geben mindestens eine Beratungsadresse (od. Telefonnummer) an. 25% der Herztherapeutinnen und -therapeuten trauen sich zu, die Hälfte ihrer Patientinnen und Patienten zum Rauchstopp zu motivieren. 10% der Diabetesberaterinnen trauen sich zu, die Hälfte ihrer Patientinnen und Patienten zum Rauchstopp zu motivieren.
	Medizinisches Fachpersonal Apotheken: Jährlich haben 30 Apotheker/-innen sowie 15 Pharma-Assistent/-innen einen Wissensprüfungstest absolviert. 60% der Kursteilnehmenden (Apothekenpersonal) geben an, sich im Bereich Rauchstopp kompetenter zu fühlen.
	Zahnmedizinisches Fachpersonal: Die Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte, die angeben, aus Mangel entsprechender Ausbildung keine Kurzberatungen durchzuführen, ist von 45% (2012) auf 40% gesunken.
	Hospital Quit Support: 80% (von ca. 40 Teilnehmenden) geben 3 Tage nach der Weiterbildung an, dass sie das erworbene Wissen anwenden können; 60% fühlen sich 6 Monate nach der Weiterbildung durch den Kurs kompetenter in der Beratung und Begleitung der Patientinnen und Patienten. Bis im Jahr 2017 gibt es 6 neu ausgebildete Beraterinnen oder Berater für die Rauchstopppberatungsstellen in Spitälern.
Mehr Ansprache, mehr Kurzinterventionen und mehr Beratungen: Medizinische Fachpersonen intervenieren vermehrt bei ihren rauchenden Patientinnen und Patienten.	Ärzterschaft Grundversorgung: Über 85% der Ärztinnen und Ärzte fragen immer nach dem Rauchstatus. 80% bieten interessierten Raucherinnen und Rauchern Unterstützung bei der Tabakentwöhnung an. 80% der Ärztinnen und Ärzte geben sofern angezeigt Rauchstopppmedikamente ab und 70% bieten Rauchstopp-Begleitung bis zum Rauchstopp an. 90% der Absolventinnen und Absolventen einer Fortbildung beraten auf den vom Programm empfohlenen Grundlagen.
	Fachpersonal Diabetes/Herzkreislauf: 75% der Diabetes- und Herz-Kreislauf-Fachärztinnen und Fachärzte sowie nicht-ärztliche Fachpersonen führen bei allen rauchenden Patientinnen und Patienten Kurzinterventionen durch.
	Medizinisches Fachpersonal Apotheken: 20% des Apothekenpersonals führt vier oder mehr Kurzberatungen pro Monat durch.

Wirkungsziele (Outcome)	Detailziele
	Zahnmedizinisches Fachpersonal: In 30% der zahnmedizinischen Praxen werden Kurzinterventionen umgesetzt. Hospital Quit Support: Bis Ende 2016 werden 6000 Personen in Spitälern beim Rauchstopp beraten.
Erhöhte Wissens- und Handlungskompetenz: Rauchende wissen mehr über das Rauchen und die Rauchentwöhnung und sie sind fähig, dieses Wissen auch umzusetzen.	35% der täglich Rauchenden haben beim letzten Aufhörversuch eine Gesundheitsfachperson konsultiert. Erhöhte Downloads und 'visits' und erhöhte Beanspruchung der telefonischen Beratungen (bis 1'300 im 2017 durch Massnahmen des Nationalen Rauchstoppprogramms). Herz-Kreislauf- und Diabetes-Kranke, potenzielle Patientinnen und Patienten sowie weitere Interessierte wissen Bescheid über den Zusammenhang zwischen dem Rauchen und Herz-Kreislauf- bzw. Diabetes-Krankheiten. 20 % der angemeldeten Teilnehmer/-innen des Rauchstopp-Wettbewerbs sind von der Rauchstopplinie beraten worden. 40% der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte weisen Rauchende für eine Rauchstoppberatung weiter (indirektes Detailziel). 30% der täglich Rauchenden haben beim letzten Aufhörversuch Beratungsangebote in Anspruch genommen, die vom Nationalen Rauchstopp-Programm gefördert werden.
Mehr Rauchende sind für Rauchstopp motiviert: Eine zunehmende Anzahl von erwachsenen Rauchenden ist motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören.	Jährlich ist eine zunehmende Beteiligung am Rauchstoppevent zu verzeichnen, im 2017 sind es 10'000 Teilnehmende. Gleichbleibende Nachfrage nach Informationsmaterial (Bestellungen, Downloads) trotz immer stärker werdenden Informationskonkurrenz (Internet, Angebote Dritter etc.). Pro 2 Informationsveranstaltungen in der Migrationsbevölkerung entsteht ein Kurs zum Rauchstopp mit ausreichender Teilnehmendenzahl.
Stärkere Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen: Mehr aufhörwillige Personen nehmen evidenzbasierte Aufhörhilfen in Anspruch.	Bis 1'300 Anrufe pro Jahr (im 2017) bei der Rauchstopplinie, die dem Nationalen Rauchstopp-Programm zugeordnet werden können. 20% der Teilnehmenden am Rauchstoppevent nutzen Online-Tools für den Rauchstopp. 60% der Wettbewerbsteilnehmenden (Teil des Rauchstoppevents) nutzen Angebote, die vom Nationalen Rauchstopp-Programm gefördert werden. Zum Vergleich: im Tabakmonitoring geben 28% der Befragten, welche in den letzten 12 Monaten einen Rauchstopp gemacht haben an, dass sie evidenzbasierte Rauchstopphilfen genutzt haben.
Mehr Rauchstoppversuche: Der Anteil der Rauchenden, welche Rauchstoppversuche unternehmen, ist erhöht und nach erfolglosem Rauchstopp werden neue Versuche unternommen.	Jährlich ist eine zunehmende Beteiligung am Rauchstoppevent zu verzeichnen, im 2017 sind es 10'000 Teilnehmende. 200 Spitalmitarbeitende machen im Jahr 2017 einen Rauchstoppversuch von mindestens einem Tag. Diabetes-Patientinnen und Patienten: Die Ist- und Sollwerte werden im Laufe des Projektes erhoben. 60% der Kursteilnehmenden der Migrationsbevölkerung machen einen Rauchstopp (per Definition mind. 1 Tag)
Mehr erfolgreiche Rauchstopps: Mehr und mehr Personen haben mit ihren Rauchstoppversuchen Erfolg und werden dadurch rauchfrei.	mind. 1'500 Rauchende (Teilnehmende des Rauchstoppwettbewerbs oder Rauchstopptags) pro Jahr sind für 4 Wochen rauchfrei geblieben (bis im Jahr 2017 2'000 pro Jahr). mind. 500 Rauchende pro Jahr sind für 6 Monate (bis im Jahr 2017 1'000 pro Jahr) rauchfrei geblieben (Rauchstoppevent). 40 Mitarbeitende in Spitälern (Rauchstoppevent) machen im Jahre 2017 einen Rauchstopp von mindestens einem Monat. Auf Ebene Patienten soll eine geplante Studie erste Hinweise liefern.

Tab. 5

Zielsystem Interventionen bei medizinischen Fachpersonen

5.1.3 Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung – Wirkungsmodell

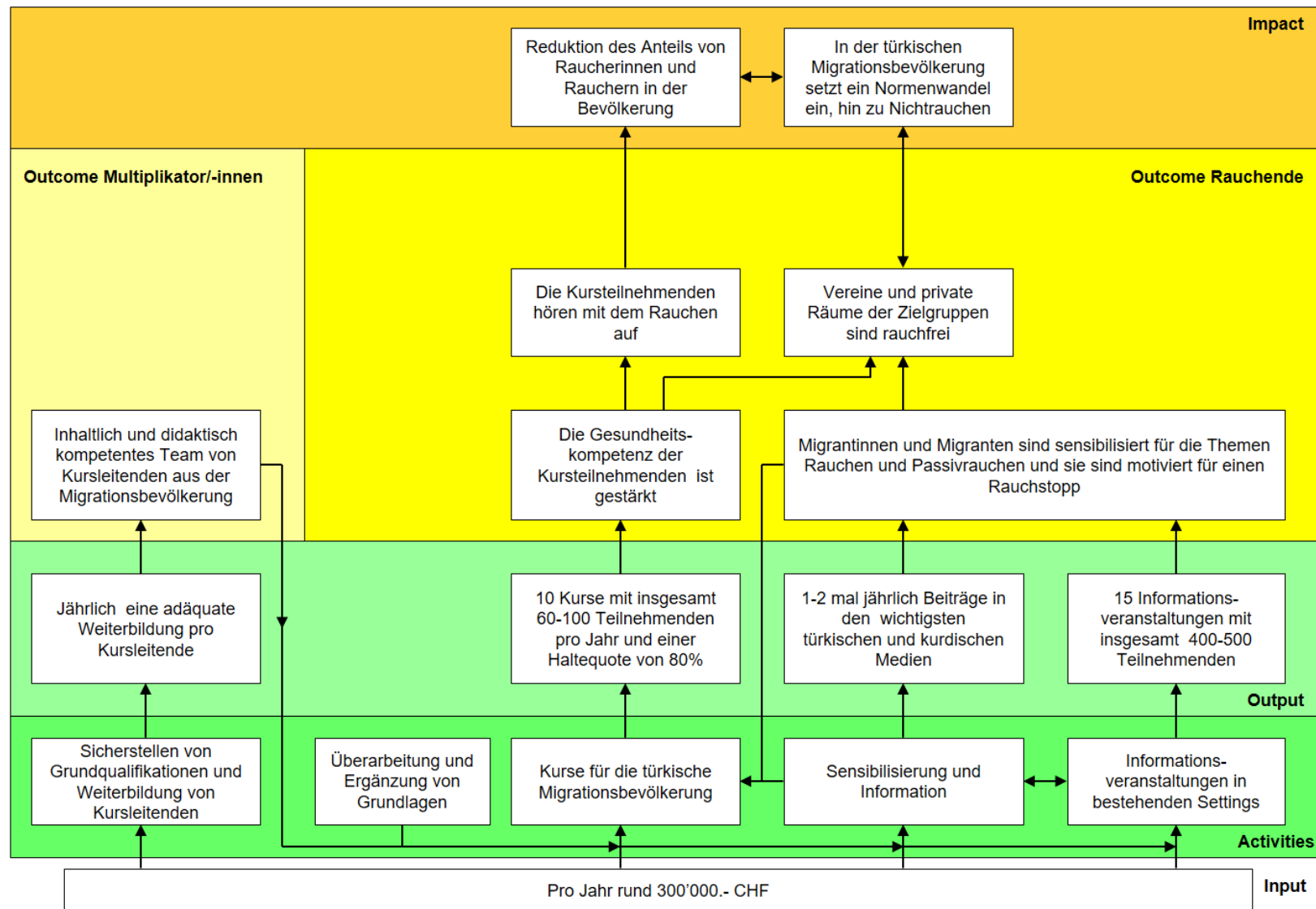


Abb. 5 Ursprüngliches Wirkungsmodell 'Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung'

Massnahmen	Leistungsziele (Output)
Sicherstellen von Grundqualifikation und Weiterbildung von Kursleitenden (aus der Migrationsbevölkerung)	Die beiden Kursleitenden haben jedes Jahr eine adäquate Weiterbildung besucht.
Überarbeiten und Ergänzen von Grundlagen in türkischer Sprache	Es wurde ein (neues) Manual erstellt. Die Webseite wird laufend aktualisiert.
Durchführung von Kursen für die türkische Migrationsbevölkerung (inkl. aufsuchende Arbeit zur Rekrutierung der Teilnehmenden)	Pro Jahr sind 6 Kurse in türkischer Sprache mit insgesamt mindestens 36-60 Teilnehmenden durchgeführt. 80% der Kursteilnehmenden nehmen an 8-9 Abenden während der rund 2 Monate Kursdauer teil (Haltequote).
Sensibilisierung und Information: <i>Medienarbeit, Verbreitung von Grundlagen</i>	1-2 Mal jährlich erscheinen Hinweise oder redaktionelle Beiträge in den wichtigsten türkischen und kurdischen Medien in der Schweiz.
Durchführung von Informationsveranstaltungen für Migrantinnen und Migranten in bestehenden Settings (inkl. aufsuchende Arbeit zur Rekrutierung der Teilnehmenden und Verbreitung von Grundlagen)	Pro Jahr werden 12 Informationsveranstaltungen in Vereinen oder Gruppierungen mit insgesamt 250-320 Teilnehmenden durchgeführt.
Wirkungsziele (Outcome)	Detailziele
Es besteht ein inhaltlich und didaktisch kompetentes Team von Kursleitenden aus der Migrationsbevölkerung	Ein gemischtgeschlechtliches Zweierteam als Kursleitende für die türkische Migrationsbevölkerung.
Migrant/-innen sind sensibilisiert für die Themen Rauchen und Passivrauchen und sie sind motiviert für einen Rauchstopp.	Pro 2 Informationsveranstaltungen entsteht ein Kurs zum Rauchstopp.
Die Gesundheitskompetenz der Kursteilnehmenden wird durch die Informationsvermittlung zu Schädlichkeit und Abhängigkeit des Rauchens gestärkt.	Mindestens 85% der Kursteilnehmenden können am Ende des Kurses die wichtigsten Inhaltsstoffe der Zigaretten und deren Auswirkungen auf den Körper nennen. Mindestens 85% der Kursteilnehmenden können am Ende des Kurses drei persönliche Alternativen zum Rauchen aufzählen, die sie bei Verlangen nach einer Zigarette anwenden können. Die interaktive Gesundheitskompetenz der Kursteilnehmenden hat sich gesteigert (Übernahme von Selbstverantwortung).
Die Kursteilnehmenden hören mit dem Rauchen auf.	60% der Kursteilnehmenden machen einen Rauchstopp (per Definition mind. 1 Tag) 50% der Personen, die den Kurs bis zum Schluss besucht haben, sind 3-4 Monate nach dem Kurs-Rauchstopptag rauchfrei 40% der Personen, die den Kurs bis zum Schluss besucht haben, sind ein Jahr nach dem Kurs-Rauchstopptag rauchfrei Drei Monate nach dem Rauchstopp-Tag (d.h. vier Monate nach Kursbeginn) äussert eine Mehrheit derjenigen Personen, die aufgehört haben, ihre Bereitschaft, weiterhin rauchfrei zu bleiben. (aus dem Projektantrag von 2013) Drei Monate nach dem Rauchstopp-Tag (d.h. vier Monate nach Kursbeginn) haben 50% derjenigen, die noch rauchen oder wieder mit Rauchen begonnen haben, ihren Konsum reduziert. (aus dem Projektantrag von 2013)
Vereinslokale und private Räume der Zielgruppe sind rauchfrei.	90% der Vereine haben rauchfreie Räume 50% der Wohnungen und 50% der Autos der Kursteilnehmenden sind rauchfrei

Tab. 6

Zielsystem Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung

6 Übersicht über die verwendeten Wissensquellen

Die Kontributionsanalyse stützte sich bei der Beurteilung der Wirksamkeit des nationalen Rauchstopp-Programms auf vielfältige Wissensquellen ab. Dieses Kapitel gibt eine Übersicht über die Hauptinformationsquellen.

6.1 Evaluationsmassnahmen im Rahmen des NRP

In der folgenden Übersicht werden für die drei Interventionsachsen die Evaluationsmassnahmen aufgeführt, die im Rahmen der aktuellen Programmphase (Mitte 2014-Ende 2017) umgesetzt wurden oder werden.

Kursiv sind Angaben zu den Erhebungszeitpunkten, zur Befragungspopulation, zum Rücklauf, zu den durchführenden Evaluationsinstituten oder weitere Detailinformationen aufgeführt.

6.1.1 Evaluation Rauchstoppevent

Projektstatistiken: Rund um den Rauchstoppevent wurden Materialversände und –bestellungen, Zahlen zur Akquisition und Teilnahme von Betrieben sowie zu spezifischen Aktivitäten von Fachstellen in den verschiedenen Kantonen erfasst.

In die Evaluation zum Rauchstoppevent wurden alle bis Herbst 2017 vorliegenden Daten berücksichtigt.

Anmeldeinformationen: Bei der Anmeldung zum Rauchstoppwettbewerb/Rauchstopptag vom 31. Mai 2016 und zum Rauchstoppwettbewerb vom 31. Mai 2017 wurden neben den Adressdaten u.a. auch Geschlecht und Alter, Rauchstatus, bisherige Rauchstoppversuche und die Aufhörmotivation erhoben.

Im 2016 wurden Anmeldeinformationen von insgesamt 2'023 Personen zum Rauchstoppevent berücksichtigt; 1'889 davon haben sich für den 4-wöchigen Rauchstoppwettbewerb und zum Teil für den Rauchstopptag angemeldet, 134 nur für den Rauchstopptag. Im 2017 haben sich 5'288 Personen für den Rauchstoppwettbewerb angemeldet.

Bevölkerungsbefragung: Im Rahmen einer Omnibus-Bevölkerungsbefragung wurde die Bekanntheit des Rauchstoppevents 2016 in der Bevölkerung gemessen sowie untersucht, in welcher Grössenordnung und mit welchem Erfolg durch den Rauchstoppevent initiierte Rauchstoppversuche unternommen wurden. Da im Zeitraum der Bewerbung und Durchführung des Rauchstoppevents auch die SmokeFree-Kampagne des Bundesamtes für Gesundheit in der Öffentlichkeit präsent war, wurde auf eine Vorher-Nachher-Messung von Rauchstopps verzichtet. Ein Anstieg von Rauchstopps auf der Ebene der Gesamtbevölkerung hätte nicht dem Rauchstoppevent zugeschrieben werden können.

Zwischen dem 13. Juni und dem 13. Juli 2016 wurden 4'143 Personen zwischen 20 und 59 Jahren aus der deutsch- und französischsprachigen Schweiz telefonisch befragt. Die Kernbefragung wurde mit 1'306 Personen durchgeführt, die aktuell rauchen oder in den letzten drei Monaten vor der Befragung mit dem Rauchen aufgehört haben; Die Befragung wurde durch das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) in Zusammenarbeit mit dem Befragungsinstitut LINK durchgeführt (Maier/Haug 2016).

Befragungen Teilnehmende: Sechs Monate nach dem Rauchstoppevent wurden die Teilnehmenden des Rauchstoppwettbewerbs 2016 ausführlich zu ihrer Teilnahme und zur Wirkung des Wettbewerbs telefonisch befragt. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl beim Rauchstopptag 2016 (neben dem einmonatigen Rauchstoppwettbewerb gab es in diesem Jahr zusätzlich eine Verlosung für Rauchende, die einen mind. eintägigen Rauchstoppversuch unternommen haben) wurde bei diesen Personen auf eine ausführliche telefonische Befragung verzichtet. Anstelle dessen wurden diese Teilnehmenden schriftlich zu ihrer Teilnahme sowie zur Dauer ihres Rauchstopps befragt.

Zum Rauchstoppwettbewerb 2016 wurden 501 Personen durch das Befragungsinstitut Link telefonisch befragt, zum Rauchstopptag konnte an 125 Personen ein Kurzfragebogen verschickt werden, der von 29 Personen ausgefüllt retourniert wurde (Rücklauf 23%). Bei den Teilnehmenden des Rauchstoppwettbewerbs 2017 wurde aus Kostengründen keine Befragung durchgeführt.

Spätere Nachbefragung Teilnehmende: Ursprünglich war geplant, die Teilnehmenden des Rauchstoppwettbewerbs, welche bei der Befragung sechs Monate nach dem Rauchstoppevent noch immer rauchfrei waren, ein Jahr später, also 1.5 Jahre nach dem Rauchstoppevent, nochmals telefonisch zur Rauchfreiheit zu befragen, um die Nachhaltigkeit der Rauchfreiheit beurteilen zu können. Diese Befragung musste mangels zeitlicher und finanzieller Ressourcen fallengelassen werden.

6.1.2 Evaluation Interventionen in medizinischen Settings

Projektstatistiken: Über die erbrachten Leistungen im Bereich der Information sowie über die Anzahl Kurse und Schulungen (Aus-, Fort- und Weiterbildungen) wurden Statistiken geführt, die auch eine Beurteilung der Zielgruppenerreichung ermöglichten.

Die in die Evaluation einflussenden Projektstatistiken erstreckten sich auf die Zeit zwischen Mitte 2014 und Ende 2017.

Kursevaluation: Ein Grossteil der durchgeführten Kurse und Schulungen wurde mittels Evaluationsbogen (z.T. online nach 2 Tagen) evaluiert. Dabei wurden die Teilnehmenden gebeten, die Qualität und den Nutzen der Kurse zu beurteilen. Diese Befragungen, die kurz nach den Kursen durchgeführt wurden, sind als prospektive Wirkungseinschätzungen zu verstehen.

Nachbefragung Kursevaluation: Wenn die Kurs- oder Schulungsteilnehmenden per E-Mail adressierbar waren, sollten sie nach 6 Monaten einen kurzen Nachbefragungsbogen erhalten, in welchem der tatsächlich entstandene Nutzen rückwirkend erfragt wurde.

Die Nachbefragung konnte nicht durchgeführt werden, da zu wenig E-Mail-Adressen vorhanden waren.

Befragung medizinischer Fachpersonen: Die wichtigste Grundlage für eine Wirkungsbeurteilung dieser Interventionsachse bildete die schriftliche Befragung aller medizinischen Berufsgruppen, die Zielgruppen des Nationalen Rauchstopp-Programms sind. Basierend auf früheren Befragungen einzelner dieser Berufsgruppen wurden im Frühjahr 2015 alle diese Berufsgruppen gleichzeitig befragt.

Zwischen Februar und Mai 2016 wurden insgesamt 11'375 medizinische Fachpersonen angeschrieben. Nach zweimaligem Nachfassen wurde mit 3853 zurückgesendeten Fragebogen ein Rücklauf von 34% erreicht. Die Befragung wurde vom Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) durchgeführt. (Dey & Haug 2016)

Telefon-Interviews mit medizinischen Fachpersonen: Für eine vertiefte Diskussion der Wirkungsmechanismen und spezifischer Fragen, die nicht in die schriftliche Befragung aufgenommen werden konnten, wurden telefonische Interviews mit ausgewählten medizinischen Fachpersonen durchgeführt. Es wurde dabei auf Ärztinnen und Ärzte sowie auf Apothekenpersonal fokussiert. Diese Befragungen hatten zum Ziel, exemplarisch für Arztpraxen und Apotheken die dem Modell zugrundeliegenden Wirkungsketten zu plausibilisieren und Hinweise auf die Weiterentwicklung der Interventionen zu sammeln.

Die telefonischen Interviews wurden im 2017 abgeschlossen. Es wurden 12 Ärztinnen und Ärzte sowie 11 Apothekerinnen und Apotheker und eine Pharmaassistentin interviewt²¹. Die Interviews wurden durch Richard Müller durchgeführt.

6.1.3 Evaluation Rauchstoppkurse für Migrantinnen und Migranten

Alle Evaluationsmassnahmen in diesem Bereich wurden und werden durch das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) durchgeführt.

²¹ «Es sollten 15 offene strukturierte telefonische Gespräche mit Apothekern und Apothekerinnen bzw. mit ihren Assistentinnen durchgeführt werden, die alle eine Weiterbildung zum Thema Rauchstopp in der Arztpraxis absolviert hatten. Die Gewinnung der 15 Adressen erwies sich als so schwierig, dass letztlich lediglich 12 Interviews realisiert werden konnten, wobei nur eine Pharmaassistentin darunter ist, da Apotheker und Apothekerinnen zumeist darauf bestanden, das Interview selbst durchzuführen.» Müller 2017b, 6

Teilnahmestatistiken: In Teilnahmestatistiken wurde festgehalten, wer die Kurse besucht hat und wer an welchen Kursabenden teilgenommen hat.

In der aktuellen Programmphase (Mitte 2014 - Ende 2017) wurden 19 Kurse mit insgesamt 124 Teilnehmenden aus der türkisch/kurdischen und 6 Kurse mit insgesamt 44 Teilnehmenden aus der albanisch-sprachigen Migrationsbevölkerung durchgeführt. In die Auswertungen flossen aber auch die Ergebnisse aus früheren Kursdurchführungen ein, zu denen es ausführliche Evaluationsberichte gibt.

Befragung Kursteilnehmende: Kern der Evaluation dieser Interventionsachse bilden Vorher- und Nachher-Befragungen (T1-T2) bei den Kursteilnehmenden zum Rauchverhalten, zum sozialen Umfeld und seiner Unterstützungsfunktion, zur Motivation für einen Rauchstopp und entsprechenden Erwartungen. Zudem wurden die Kursteilnehmenden in der Nachher-Befragung gebeten, den Kurs zu bewerten.

Insgesamt wurden 121 Kursteilnehmende der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung bei T1 und 118 bei T2 befragt, sowie 43 Kursteilnehmende der albanisch-sprachigen Migrationsbevölkerung bei T1 und 35 bei T2.

Wöchentliche CO-Messungen: In den Kursen wurden bei allen Teilnehmenden wöchentlich CO-Messungen durchgeführt, um möglichst valide Angaben zum Rauchstatus zu erhalten.

Telefonisches Follow-up zum Rauchstatus nach 12 Monaten: Ein Jahr nach Beendigung des Kurses wurden die Teilnehmenden telefonisch nachbefragt und gebeten, ihren Rauchstatus anzugeben. Diese Nachbefragung diente der Beurteilung der Nachhaltigkeit der Rauchfreiheit.

Insgesamt konnten bis jetzt 84 Kursteilnehmende aus der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung telefonisch zum Follow-up befragt werden, aus der albanisch-sprachigen Migrationsbevölkerung 23 Kursteilnehmende.

Befragung der Kursleitenden: Einmal jährlich wurden die Kursleitenden durch das Evaluationsinstitut zum Zugang zu den Zielgruppen, zur Organisation der Kurse, zur Gruppenzusammensetzung, zum Lernverhalten und zu weiteren Aspekten befragt.

6.1.4 Selbstevaluation Grundleistungen

Das Nationale Rauchstopp-Programm setzte sich aus acht verschiedenen Projekten sowie aus projektübergreifenden Grundleistungen zusammen, welche die einzelnen Projekte unterstützen und entlasten sollten. Um diese Grundleistungen optimal erbringen zu können und um die projektübergreifende Programmperspektive zu stärken, wurde jährlich ein Workshop mit den Programm- und Projektleitenden durchgeführt, an welchem die Grundleistungen reflektiert und Vorschläge zur Optimierung erarbeitet wurden. Die Ergebnisse dieser Selbstevaluation wurden primär für die Reflexion des Gesamtprogramms genutzt.

Die drei ganztägigen Evaluationsworkshops fanden am 12. November 2014, am 5. November 2015 sowie am 11. November 2016 statt. Zu jedem Workshop gibt es einen Kurzbericht, der die Ergebnisse zusammenfasst.

6.2 Metaanalysen, systematische Reviews und Einzelstudien

Bei der Selektion der berücksichtigten Metaanalysen, Reviews und Einzelstudien wurde in erster Linie auf die Sammlung der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) zurückgegriffen. Die AT sammelt entsprechende Literatur seit Jahren systematisch. Ergänzend wurden Studien aufgenommen, die auf Hinweisen der Begleitgruppe der Kontributionsanalyse, auf Hinweisen in gelesener Literatur oder auf eigenen Internetrecherchen beruhen. Falls vorliegend, wurden Erkenntnisse aus Metaanalysen und systematischen Reviews berücksichtigt. Ergänzend wurden Erkenntnisse aus Einzelstudien aufgenommen, wenn sie inhaltlich und in Bezug auf den Kontext sehr gut passend oder die Studien neueren Datums waren und deshalb noch nicht Eingang in Metaanalysen oder systematische Reviews gefunden haben.

6.3 Evidenzbasierte Leitlinien

Im Bereich Tabakprävention gibt es mittlerweile einige Leitlinien, welche auf der Grundlage einer systematischen Aufarbeitung der wissenschaftlichen Evidenz Empfehlungen für Rauchstopp-Interventionen abgeben. Im Rahmen dieser Kontributionsanalyse wurde auf die folgenden Leitlinien abgestützt:

- Europäische Rauchstoppguidelines (ENSP 2012)
- S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wiss. Med. Fachgesellschaften (AWMF 2015)
- Clinical Practice Guideline des U.S. Department of Health and Human Services (Fiore 2008)

6.4 Theoretische ‚Validierung‘ der Wirkungsmodelle

Das Nationale Rauchstopp-Programm und die entwickelten Wirkungsmodelle, insbesondere jene zum Rauchstoppevent und zu den Interventionen medizinischer Fachpersonen²², stützen sich primär auf empirische Evidenzen ab. Um die aus der Empirie abgeleiteten Wirkungsketten zusätzlich zu plausibilisieren, wurde eine Expertise am psychologischen Institut der Universität Zürich in Auftrag gegeben (Scholz und Lüscher 2016). Es wurde der Frage nachgegangen, inwiefern die Wirkungsannahmen, die diesen beiden Wirkungsmodellen zugrunde liegen, durch sozialwissenschaftliche (Handlungs-)Theorien und Modelle gestützt werden können. Ausgehend von Diskussionen in der wissenschaftlichen Begleitgruppe sollte u.a. der Frage nachgegangen werden, ob die aktuelle theoretische Diskussion eher dafür spricht, gesundheitsspezifisches Wissen bei den Zielgruppen zu fördern, um zu Verhaltensänderungen resp. zu Rauchstopps zu motivieren, oder ob andere Aspekte im Vordergrund stehen sollten.

Die Expertise zeigte, dass die beiden Wirkungsmodelle auf einer oberflächlichen Betrachtungsebene insgesamt gut zu den gesundheitspsychologischen Theorien, Modellen und Techniken passen, die aktuell in der Tabakprävention genutzt werden²³. Konkret wurden das HAPA-Modell (Schwarzer 1992), das transtheoretische Modell (Prochaska & DiClemente 1983), die ‚theory of planned behaviour‘ (Ajzen 1985, 2002), die Theorie der Schutzmotivation (Rogers 1975, 1983) sowie die PRIME-theory von West (2009) berücksichtigt. Die Modelle decken zudem eine grosse Spannweite von Verhaltensänderungstechniken (BCT's, nach Michie et al. 2013) ab, die in der Tabakprävention eine zentrale Rolle spielen.

Die berücksichtigten gesundheitspsychologischen Theorien, Modelle und Techniken stützen vor allem jene Elemente der Wirkungsketten, welche die Vermittlung von Wissens- und Handlungskompetenzen bei den Zielgruppen betreffen. Sie fokussieren entsprechend stärker auf das Potenzial von Beratungen und weniger auf jenes von Kurzinterventionen, welche bei beiden Interventionsachsen im Vordergrund stehen²⁴. Lücken der Interventionen resp. der entsprechenden Modelle werden entsprechend nicht im motivationalen, sondern primär im volitionalen Bereich aufgezeigt, bei Faktoren also, welche Rauchende bei der Verhaltensänderung, resp. beim Übergang von der Intention zum Verhalten unterstützen sollen²⁵. Die Autorinnen empfehlen entsprechend die gezielte Förderung der Selbstwirksamkeit und sie geben auch einige Hinweise

²² Die Interventionsachse „Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung“ stand unter der fachlichen Leitung des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) in Zürich und war theoretisch gut abgestützt (vgl. Salis Gross 2010, Soom Ammann und Salis Gross 2013).

²³ Es gilt allerdings zu bedenken, dass die Nutzung derartiger Modelle in der Interventionspraxis nicht unbedingt zu besseren Erfolgen führt. Die jüngste Review der Cochrane-Gruppe zur Wirksamkeit TTM-basierter Intervention kommt zum Ergebnis, dass Interventionen, die sich am transtheoretischen Stadienmodell der Verhaltensänderung orientieren, vermutlich nicht wirksamer sind als vergleichbare Interventionen ohne eine TTM-Ausrichtung (Cahill, Lancaster et al. 2010).

²⁴ Bei der Hausärzteschaft stehen die Kurzinterventionen im Vordergrund, die Erwartungen gehen aber darüber hinaus (weitergehende Beratung, Unterstützung beim Rauchstopp).

²⁵ „Zudem fehlen wesentliche Aspekte von den oben beschriebenen gesundheitspsychologischen Theorien, wie beispielsweise die Selbstwirksamkeit teilweise oder andere volitionale Konstrukte (Ausführungsplanung und Bewältigungsplanung, Handlungskontrolle) gänzlich, die gemäss aktueller Literatur sowie auch beispielsweise der PRIME Theorie von West (P steht für Planung) zu einer langfristigen Aufrechterhaltung der Rauchabstinenz beitragen können.“ (Scholz & Lüscher 2016, 22)

darauf, wie dies selbst im Rahmen von Kurzinterventionen möglich ist (vgl. Scholz und Lüscher 2016, S. 22ff).

Der Auftrag zur theoretischen Validierung hat deutlich die Grenzen einer derartigen Arbeit mit limitierten Mitteln aufgezeigt: Die Expertise hat die beiden Wirkungsmodelle auf einer groben Analyseebene gesundheitspsychologischen Ansätzen gegenübergestellt. Entsprechend wenig differenziert sind die Reflexionen und Validierungen. Sie zeigen zwar eine gute grundsätzliche Entsprechung der 'theory of change' und geben einige wertvolle Hinweise auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten, eine differenziertere Analyse z.B. der in den Programmen eingesetzten Interventionsmanuale und Guidelines für medizinische Fachpersonen, konnte in dieser Arbeit aber nicht geleistet werden. Eine weitere Grenze liegt in der Art der berücksichtigten Theorien und Modelle. Das beauftragte Institut hat sich seinen Kompetenzen entsprechend auf gesundheitspsychologische Theorien und Modelle beschränkt. Andere Ansätze, zum Beispiel soziologischer oder verhaltensökonomischer Natur, konnten nicht mitberücksichtigt werden. Die ursprünglich geplante kritische Gegenüberstellung von gesundheitspsychologischen Theorien und Modellen und theoretischen Ansätzen wie dem ‚nudging‘ scheiterte infolgedessen an den disziplinären Grenzen des Forschungsinstituts.

Einzelne Erkenntnisse aus der theoretischen Validierung (Scholz und Lüscher 2016) werden den passenden Wirkungsketten zugeordnet und in der Kontributionsanalyse entsprechend berücksichtigt.

Die folgenden Kapitel fassen die Erkenntnisse zu den drei Interventionsansätzen resp. Wirkungsmodellen zusammen. In einem ersten Schritt pro Interventionsansatz werden die spezifischen Leistungen des Programms und die Erreichung der Leistungs- und Verbreitungsziele beurteilt, in einem weiteren Schritt die Erreichung der Wirkungsziele. Anschliessend wird die Angemessenheit der Wirkungsannahmen beurteilt und das Wirkungspotenzial des jeweiligen Interventionsansatzes eingeschätzt.

In einem abschliessenden Kapitel werden die Interventionsansätze zu einander in Bezug gesetzt und das Wirkungspotenzial des Nationalen Rauchstopp-Programms übergreifend eingeschätzt.

6.5 Übergeordnete Hochrechnungen und Schätzungen

In der Schweiz rauchen etwa 25% der erwachsenen Bevölkerung, was im 2016 ca. 1.81 Mio. Menschen ab 15 Jahren entspricht. Rund 20% sind Ex-Rauchende (Keller et al. 2011), also rund 350'000 Personen. Etwa jede/r vierte Rauchende (24%) macht jedes Jahr einen Rauchstopp (Kuendig et al. 2016). Bei rund 1.81 Mio. Rauchenden in der Schweiz würde dies rund 434'400 Personen entsprechen, die jährlich einen Rauchstopp machen. Aufgrund der Zahlen aus dem Tabakmonitoring kann hochgerechnet werden, dass jedes Jahr etwa 4.7% der Rauchenden erfolgreich mit dem Rauchen aufhören.²⁶ Das wären rund 85'000 Personen. Die Hochrechnung lässt auch schätzen, dass etwa jeder sechste Rauchstopp erfolgreich ist.

Studien gehen davon aus, dass etwa 20% der Rauchstoppversuche des letzten Jahres von mind. einem Tag vergessen gehen oder nicht als solche wahrgenommen wurden (Borland, Partos 2012).

²⁶ 10'046 Befragte im 2010, davon 2'686 Rauchende (27%), und 1933 Ex-Rauchende (20%). Von den Ex-Rauchenden haben 632 in den letzten 5 Jahren aufgehört, also etwa 126 pro Jahr. Auf 2'688 Rauchende kommen also 126 neu Rauchfreie. 126 auf 2686 Rauchende ergibt 4.7% (Keller et al. 2011).

7 Rauchstoppevent

In diesem Kapitel wird die Interventionsachse 'Rauchstoppevent' entlang des im Prozess leicht adaptierten Wirkungsmodells beurteilt. Zunächst wird eine grafische Beurteilung der Zielerreichung und der Wirkungsbeziehungen vorgenommen. Das im Prozess leicht adaptierte Wirkungsmodell wurde um einige Wirkungsbeziehungen ergänzt. Die Erreichung der Leistungs- und Wirkungsziele sowie die Abstützung der Wirkungsbeziehungen resp. Wirkungsannahmen wurden mit folgender Farbgebung beurteilt:

Beurteilung der Zielerreichung

	Ziel vollständig erreicht Kriterien: Alle Sollwerte in allen Detailzielen erreicht.
	Ziel mehrheitlich erreicht Kriterien: a) Ist-Wert nicht tiefer als 25% unter dem Sollwert b) bei mehreren Detailzielen sind mind. die Hälfte vollständig erreicht und die anderen Detailziele mehrheitlich zu 75% erreicht.
	Ziel nicht erreicht Kriterien: a) Ist-Wert um mehr als 25% unterschritten, b) bei mehreren Detailzielen sind mehr als die Hälfte mehrheitlich nicht erreicht (Abweichung grösser als 25%)
	Ziel nicht beurteilbar Aufgrund fehlender Daten

Beurteilung der Wirkungsbeziehungen

1	Insgesamt starke Evidenz/Hinweise zugunsten der Wirkungsannahme
2	Insgesamt schwache Evidenz/Hinweise zugunsten der Wirkungsannahme
3	Nicht eindeutige Datenlage, z.B. Hinweise sowohl zugunsten als auch gegen die Wirkungsannahme
4	Schwache Evidenz/Hinweise gegen die Wirkungsannahme
5	Starke Evidenz/Hinweise gegen die Wirkungsannahme
6	Aufgrund fehlender Evidenz/Hinweise ist keine Beurteilung möglich

An das Wirkungsmodell schliesst eine Datensammlung entlang der Leistungsziele, Wirkungsziele und Wirkungsbeziehungen (WB1-WB15) an. Danach folgt eine Synthese mit Hinweisen zur Weiterentwicklung des Interventionsansatzes und der Evaluation.

7.1 Grafische Übersicht über die Beurteilung der Ziele und Wirkungsbeziehungen

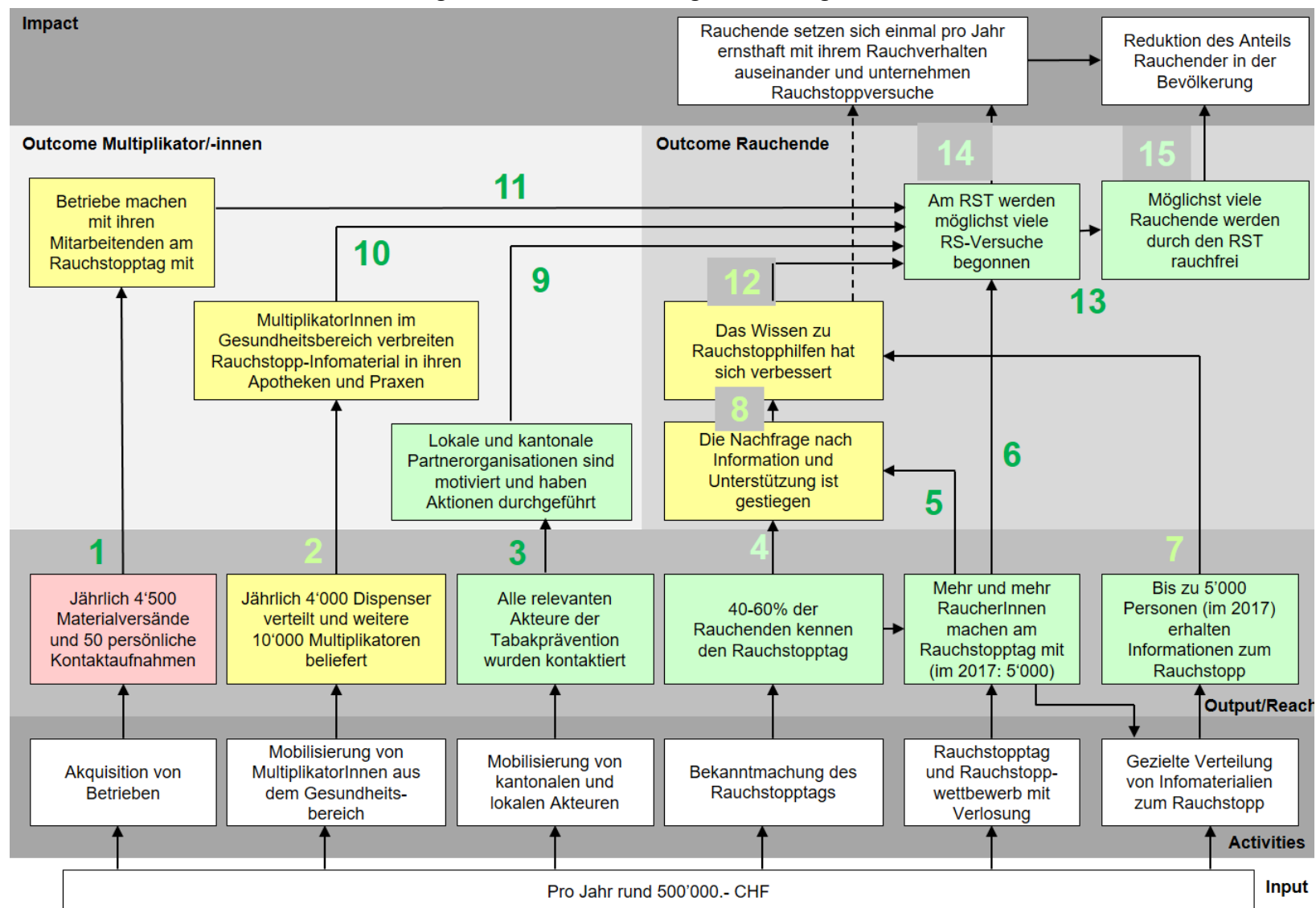


Abb. 6 Beurteiltes Wirkungsmodell 'Rauchstoppevent'

7.2 Leistungen und Reichweite (Output und Reach)

Datenquellen zur Beurteilung der Leistungsziele und der Reichweite

- Projektstatistik
- Angaben und Einschätzungen der Projekt- und Programmleitung
- Evaluation des NRP: Maier/Haug 2016 (Bevölkerungsbefragung zum Rauchstoppevent)

Massnahmen	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen/ Zielgruppenerreichung (zu den Rauchstoppwettbewerben 2016 und 2017)
Akquisition von Betrieben <i>Materialversände, persönliche Kontaktaufnahmen</i>	- Es werden jährlich 4'500 Materialversände an Betriebe gemacht - 50 Betriebe werden persönlich für die Mitwirkung kontaktiert	- 2016: Kontaktnahme der AT mit 133 Betrieben via Mail und mit 50 weiteren Betrieben durch „Unternehmen rauchfrei“ (es wurde auf den Versand an alle Betriebe der Schweiz mit mehr als 50 Mitarbeiter/-innen verzichtet). 59 Betriebe haben den Event unter den Mitarbeitenden bekannt gemacht, 5 grosse Betriebe haben den Event zusätzlich mit eigenen Aktionen promotet. - 2017: Kontaktnahme mit 95 Betrieben via Mail. Auf die enge Zusammenarbeit mit «Unternehmen rauchfrei» wurde verzichtet, da sie im letzten Jahr zu wenig erfolgreich war. 27 Betriebe haben den Event unter den Mitarbeitenden bekannt gemacht, weiteren 16 Betrieben wurde direkt Material zugeschildet. 5 grosse Betriebe haben den Event zusätzlich mit eigenen Aktionen promotet. Einerseits konnten über das Eidg. Personalamt alle Gesundheitsverantwortlichen der Verwaltungen des Bundes über den Wettbewerb informiert werden. Andererseits konnten 12 kantonale Verwaltungsstellen kontaktiert und 6 zum Mitmachen gewonnen werden.
Mobilisierung von Multiplikator/-innen aus dem Gesundheitsbereich <i>Grundversorger, Apotheken Zahnärztinnen und -ärzte etc.</i>	- Jährlich werden an insgesamt 4'000 Apotheken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen Dispenser mit Infomaterialien verteilt - Zusätzlich werden jährlich mindestens 10'000 weitere Apotheken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen mit Informationsmaterial beliefert	- 2016: Mit Paketen (Dispenser mit Wettbewerbskarten) wurden im Jahr 2016 rund 2600 Apotheken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen beliefert, mit einem Brief, 5 Wettbewerbskarten, Plakat und Bestellschein insgesamt ca. 7500 Multiplikatoren. - 2017: Mit Paketen wurden rund 3700 Apotheken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen beliefert, mit einem Brief, 5 Wettbewerbskarten, Plakat und Bestellschein wurden 15'300 Adressen beliefert. Die Fachstellen wurden anfangs März mit den Unterlagen bedient.
Mobilisierung von kant. und lokalen Akteuren <i>Kantonale Tabakpräventionsprogramme, kantonale Fachstellen und Ligen, etc.</i>	- Alle relevanten Akteure der Tabakprävention wurden kontaktiert	- 2016/2017: Alle der AT bekannten relevanten Akteure (Verantwortliche kantonaler Tabakpräventionsprogramme, Lungen- und Krebsligen, weitere Präventionsfachstellen) wurden kontaktiert.
Bekanntmachung des Rauchstopptags <i>Verbreitung Infomaterial mit Anmeldekarten in 9 Sprachen, Artikel im redaktionellen Medienraum, Aktionen im Web 2.0</i>	- 40-60% der Rauchenden kennen den Rauchstopptag	- 2016: 49.3% der Rauchenden geben an, den Rauchstopptag zu kennen, hingegen wissen die meisten nicht, wann er stattgefunden hat (82% von denjenigen, die den Tag kennen, haben keine Ahnung, wann er stattgefunden hat. 5.3% kennen das genaue Datum, weitere 7.8% geben ein Datum im Zeitraum Mai/Juni an, die restlichen ein Datum ausserhalb Mai/Juni) (Maier/Haug 2016).²⁷ Im 2017 hat keine Bevölkerungsbefragung stattgefunden.

²⁷ In der nächsten Programmphase muss ein aussagekräftigeres Ziel zur Bekanntheit formuliert werden.

Massnahmen	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen/ Zielgruppenerreichung (zu den Rauchstoppwettbewerben 2016 und 2017)
Verlosung <i>Rauchstopptag (1 Tag) und Rauchstoppwettbewerb (30 Tage)</i>	- Immer mehr Raucherinnen und Raucher machen am Rauchstoppevent mit, 5'000 oder mehr Anmeldungen im 2017	- Im 2016 haben sich 1'889 Personen für den Rauchstoppwettbewerb eingetragen, wovon 1389 gleichzeitig auch für den Rauchstopptag. Nur für den neu eingeführten Rauchstopptag haben sich lediglich 134 Personen angemeldet. Zum Vergleich: in den Jahren 2013 und 2014 gab es rund doppelt so viele Teilnehmende am Rauchstoppwettbewerb. - Im 2017 haben 5'228 Rauchende am Rauchstoppwettbewerb teilgenommen.
Gezielte Verteilung von (weiterführenden) Informationsmaterialien zum Rauchstopp <i>Über Webseite, Social media, etc.</i>	- Bis zu 5'000 Personen (im 2017) erhalten jährlich auf die Registrierung hin ein Informationsset zum Rauchstopp (nicht zwingend Papierform)	- 2016/2017: Alle Personen, die sich für den Wettbewerb oder im 2016 auch für den Rauchstopptag eingeschrieben haben (2016 Total 2'023, 2017 total 5'228) erhielten zwischen 2 - 5 Newslettern vor dem Start des Wettbewerbs (je nach Zeitpunkt der Anmeldung). Nach Wettbewerbsstart erhielten sie mind. wöchentlich einen Newsletter und wurden immer auch auf die Facebookseite aufmerksam gemacht.

Tab. 7 Leistungen und Reichweite Rauchstoppevent

Weitere Hinweise

- Bei den Betrieben wurde bewusst auf einen Grossversand verzichtet, da erfahrungsgemäss solche Schreiben kaum beachtet werden. Es wurden primär Betriebe angeschrieben, zu denen bereits Kontakte bestehen oder aber Betriebe ausgewählt, die sich bereits in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren (z.B. Betriebe, die über Gesundheitsmanagement-Beauftragte verfügen).
- In der Kommunikation hat sich im 2016 als erschwerend erwiesen, dass drei Events gleichzeitig beworben werden mussten (Rauchstoppwettbewerb, Rauchstopptag und facebook-Fotowettbewerb).
- Der Rückgang von Teilnehmenden am Rauchstoppwettbewerb im 2016 war in der Romandie deutlich geringer ausgefallen als in der Deutschschweiz²⁸. Dies kann damit zusammenhängen, dass im 2016 in der Romandie prozentual deutlich mehr Apotheken kontaktiert wurden (da im System des NRP aufgeführt) als in der Deutschschweiz (D-CH: 488 Apotheken, Romandie: 280 Apotheken. In der Romandie leben ca. 25% der Schweizer Bevölkerung).

Fazit

- Um Ressourcen zu schonen und Streuverluste zu minimieren, wurde bei der Mobilisierung der Fachpersonen und Betriebe im 2016 und 2017 teilweise anders vorgegangen als bei der Durchführung früherer Wettbewerbe. Im 2016 wurden weniger Ärztinnen/Ärzte und Apotheken angeschrieben und Betriebe wurden gezielter kontaktiert. Inwiefern die geänderten Akquisitionswege die tiefere Teilnahmerate im 2016 im Vergleich zu 2013 und 2014 mitbeeinflusst haben, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Das gezieltere Anschreiben von Betrieben dürfte sich angesichts der guten Beteiligung von Betrieben kaum negativ ausgewirkt haben, das Beliefern von nur der Hälfte der Apotheken mit Materialien möglicherweise schon. Im 2017 wurden aufgrund der tiefen Teilnahmezahlen im 2016 wieder deutlich mehr Praxen und Apotheken angeschrieben und mit Material beliefert. 2017 gaben 23% der Wettbewerbsteilnehmer/-innen an, über die Apotheke auf den Rauchstoppwettbewerb aufmerksam geworden. 2016 waren es 16%.

²⁸ Für die Identifizierung der Sprachregionen wurde auf die Sprache der ausgefüllten Teilnahmebogen abgestützt, trotz der damit verbunden Ungenauigkeit:

D-CH resp. deutsch ausgefüllte Teilnahmen: 2013 – 2'125 TN, 2014 – 2'505 TN, 2016 – 916 TN, 2017 – 2837 TN.
Romandie resp. franz. ausgefüllte Teilnahmen: 2013 – 1'289 TN, 2014 – 1'262 TN, 2016 – 852 TN, 2017 – 2063 TN.

- Obwohl fast jede/r zweite Rauchende angibt, schon einmal vom Rauchstopptag resp. vom Rauchstoppwettbewerb gehört zu haben, konnten im 2016 nur 5.3% derjenigen Rauchenden, die den Rauchstopptag kennen, den 31. Mai als Durchführungstag nennen, weitere 7.8% konnten sich erinnern, dass der Tag im Mai oder Juni stattgefunden hat. Von allen befragten Rauchenden wissen demnach nur rund 6%, wann genau oder ungefähr der Rauchstopptag stattgefunden hat.
- Im 2016 haben sich 1'889 Personen für den Rauchstoppwettbewerb (mind. 4-wöchiger Rauchstopp) eingetragen. Die Teilnehmendenzahlen beim Rauchstoppwettbewerb haben sich gegenüber den Vorjahren etwa halbiert, wobei der Rückgang in der Romandie deutlich geringer ausgefallen ist als in der Deutschschweiz. Dies kann damit zusammenhängen, dass im 2016 in der Romandie prozentual deutlich mehr Apotheken mit Material beliefert wurden (da im System des NRP erfasst) als in der Deutschschweiz. Im 2017 konnte die Zahl der Teilnehmenden am Rauchstoppwettbewerb wieder stark gesteigert werden, auf 5'228 Personen.
- Mit der Möglichkeit im 2016, sich für einen eintägigen Rauchstopp (im Gegensatz zum vierwöchigen Rauchstoppwettbewerb) anzumelden, wurde versucht, eine breitere Gruppe von vergleichsweise weniger entschlossenen Rauchenden für einen Rauchstopp zu motivieren. Dieses Konzept hat sich nicht bewährt und wurde im 2017 wieder fallengelassen.

7.3 Erreichen der Wirkungsziele (Outcome)

7.3.1 Betriebe machen mit ihren Mitarbeitenden am Rauchstopptag mit

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Projektstatistik, Annahmen der Projektleitung

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (Rauchstoppwettbewerbe 2016 und 2017)
Betriebe machen mit ihren Mitarbeitenden am Rauchstopptag mit	- Pro Jahr wurden 10'000 Mitarbeitende erreicht.	- 2016 gaben 221 (12%) TN an, über den Betrieb vom Wettbewerb gehört zu haben, 2017 430 Personen (8%). Unter der Annahme, dass sich 1% der Angesprochenen anmeldet (Annahme der Programmleitung), muss der Event mind. unter 25'000 Mitarbeitenden (2016) respektive 43'000 (2017) bekannt gemacht worden sein. - Insgesamt wurden von Betrieben 13'901 Artikel bestellt (2016: 9'342; 2017: 4'559). - Im 2016 haben 47 Betriebe den Event durch Intranet und/oder das Auflegen von Karten kommuniziert, im 2017 27 Betriebe. Zum Teil ausgedehnte Partnerschaften mit grossen Betrieben wie z.B. mit mehreren Coop-Verkaufsregionen und Migros-Genossenschaften, Helsana (div. Standorte) und Fenaco (alle Standorte).
	- Pro Jahr haben sich 5 neue Betriebe mit eigenem Anreizsystem am Rauchstopptag beteiligt (grössere Aktionen)	- Weder im 2016 noch im 2017 setzten Betriebe firmeneigene Anreizsysteme um. Sowohl im 2016 als auch im 2017 setzten aber 5 grosse Betriebe zusätzliche Aktivitäten zur Promotion ein (z.B. Fotoautomat von SmokeFree, Bedrucken der Anmeldekarten mit eigenem Logo, Verteilen von mehreren Hundert Anmeldekarten an mehreren Standorten).
	- Bis Ende 2017 wurden insgesamt Aktivitäten in 10 Spitälern durchgeführt	- Im 2016 fanden in 13 Spitälern Aktivitäten statt, anlässlich derer auch der Rauchstoppevent promotet wurde, im 2017 in 8 Spitälern.

Tab. 8 Mitwirkung Betriebe am Rauchstoppevent

Fazit

- Die gezielte Rekrutierung von Betrieben hat sich grundsätzlich bewährt, die Zahl von 10'000 erreichten Mitarbeitenden dürfte aufgrund von Schätzungen in den beiden Rauchstoppwettbewerben erreicht resp. übertroffen worden sein.
- Betriebe sind hingegen nicht bereit, eigene Anreizsysteme durchzuführen. Der Aufwand für ein Thema, welches nur die Minderheit der Mitarbeitenden betrifft, ist erfahrungsgemäss für die meisten Betriebe zu hoch. Trotzdem ist es gelungen, vereinzelt Betriebe für die Durchführung von grösseren betriebsinternen Aktionen zu gewinnen.

7.3.2 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Gesundheitsbereich verbreiten Rauchstopp-Informationsmaterial in ihren Apotheken und Praxen

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Projektstatistik

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (zu den Rauchstoppwettbewerben 2016 und 2017)
Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Gesundheitsbereich verbreiten Rauchstopp-Infomaterial in ihren Apotheken und Praxen	- 60% der (beliefernten) Multiplikatoren haben die Dispenser in der Promotionsphase aufgestellt.	- Die Zielerreichung kann nicht überprüft werden, die Zahl dürfte aber erreicht worden sein, weil die Dispenser mehrheitlich gezielt und mit Vorabsprache (Apothekenketten und -gruppen) verteilt wurden.
	- 150 - 200 Multiplikatoren bestellen jährlich zusätzliches Wettbewerbsmaterial.	- Im 2016 Bestellungen von 66 Apotheken und Praxen und von 26 Spitälern, im 2017 Bestellungen von 89 Apotheken und Praxen und von 18 Spitälern.
	- Jährlich werden 4000 zusätzliche Wettbewerbsmaterialien bestellt.	- Insgesamt bestellten medizinische Multiplikatoren (Praxen, Apotheken und Spitäler) 3662 Artikel (2016) und 3846 Artikel (2017). Dabei muss berücksichtigt werden, dass alle Apotheken und Arztpraxen, die in Kontakt zum Nationalen Rauchstopp-Programm stehen (2016) resp. alle Praxen und Apotheken schweizweit (2017) bereits aktiv mit Wettbewerbskarten bedient wurden.

Tab. 9 Mitwirkung Multiplikator/-innen am Rauchstoppevent

Weitere Erkenntnisse

- In den Monaten vor dem Rauchstoppevent gab es von medizinischen Fachpersonen deutlich mehr Bestellungen von Informationsmaterial als in den übrigen Monaten des Jahres (s. Abb. 7, es gilt zu beachten, dass im Jahr 2015 kein Rauchstoppevent stattgefunden hat). Es handelt sich um eher kleine absolute Zahlen (in den drei Monaten vor dem Rauchstoppevent im 2016 beispielsweise insgesamt 58 Bestellungen von Apotheken, 83 von Ärztinnen/Ärzten, 51 von Spitälern, aber keine von Zahnärztinnen/ Zahnärzten). Bei der Interpretation dieser Zahlen muss berücksichtigt werden, dass ein Grossteil der Multiplikator/-innen vorgängig bereits Infomaterial zugeschiedt erhalten hatte und es sich hier zum grössten Teil um Nachbestellungen handelt.

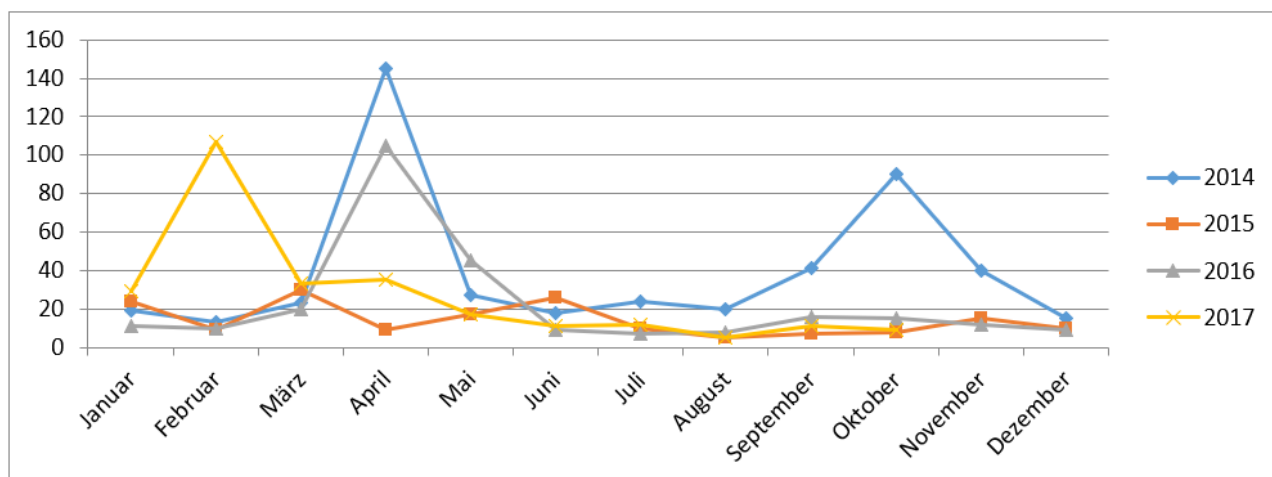


Abb. 7 Bestellungen von Infomaterial zum Rauchstopp durch medizinische Fachpersonen

Die vergleichsweise vielen Bestellungen im Februar 2017 (statt im April wie 2014 und 2016) dürften damit zusammenhängen, dass der Versand an die Ärzte- und Zahnärzteschaft im 2017 bereits im Januar erfolgte (diese wurden früher als in den Vorjahren beliefert, damit die Informationen in den Praxen etc. länger aufliegen und dadurch mehr Personen erreichen). Der Ausschlag im September 2017 hängt ziemlich sicher mit Bestellungen von einer oder wenigen Fachstellen zusammen.

Es wurden in den Monaten vor dem Rauchstoppevent auch deutlich mehr Artikel zum Rauchstopp bestellt, wobei die Unterschiede zu anderen Monaten weniger deutlich sind (vgl. Abb. 8):

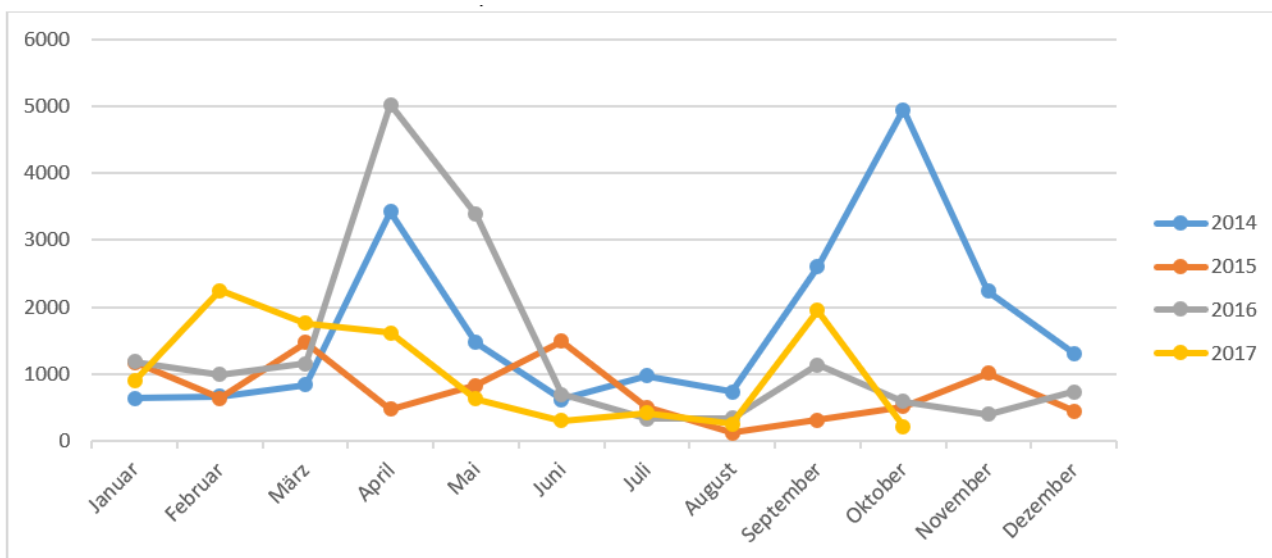


Abb. 8 Durch medizinische Fachpersonen bestellte Artikel

Fazit

- Die Anzahl (zusätzlicher) Bestellungen von Apotheken und Praxen liegt deutlich unter dem anvisierten Ziel, aber die Anzahl bestellter Artikel verfehlt den Zielwert nur knapp. Es wurden alle Apotheken und Praxen, die im Kontakt zum Nationalen Rauchstopp-Programm stehen, bereits aktiv mit 50 Wettbewerbskarten und Dispensern ausgestattet.

7.3.3 Lokale und kantonale Partnerorganisationen sind motiviert und haben Aktionen durchgeführt

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Projektstatistik

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (zu den Rauchstoppwettbewerben 2016 und 2017)
Lokale und kantonale Partnerorganisationen sind motiviert und haben Aktionen durchgeführt	- In mindestens 10 Kantonen haben Fachstellen, Ligen oder andere Gesundheitsorganisationen jährlich Aktivitäten organisiert	- Sowohl im 2016 als auch im 2017 beteiligten sich 21 Kantone und das Fürstentum Liechtenstein an der Promotion des Rauchstoppevents. Nicht beteiligt waren die Kantone AI, AR, OW, NW, SH, wobei AR durch SG abgedeckt wurde.²⁹ 2016 wurden für 13 Kantone, 2017 für 10 Kantone Spezialkarten gedruckt und verteilt. Insgesamt wurde eine Auflage kantonalen Karten von 2016: 84'750 und 2017: 96'400 gedruckt. In den anderen Kantonen beschränkte sich die Aktivität in erster Linie auf Materialversände. - Zum Rauchstopptag 2016 wie auch zum Start des Wettbewerbs 2017 wurden in verschiedenen Kantonen Anlässe zum Rauchstopp durchgeführt (von Fachstellen oder Spitälern). Im Jahr 2016 fanden in 10 Kantonen insgesamt 23 öffentliche Anlässe statt, 2017 in 11 Kantonen 15 Anlässe.

Tab. 10 Mitwirkung lokaler und kantonalen Partner am Rauchstoppevent

Fazit

- Fast aus allen Kantonen beteiligten sich lokale und kantonale Partnerorganisationen an der Bekanntmachung des Rauchstoppevents. Das entsprechende Wirkungsziel wurde erreicht.

7.3.4 Die Nachfrage nach Information und Unterstützung ist gestiegen

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Projektstatistik, Webstatistik
- Evaluation des NRP: Krebs 2012 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2011); Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2016

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (Stand Ende 2017)
Die Nachfrage nach Information und Unterstützung ist gestiegen	- Erhöhte Downloads	- Durch den Rauchstoppevent 2016 und den Rauchstoppwettbewerb 2017 konnte ein Vielfaches an Downloads von rauchstoppspezifischen Materialien erreicht wurden (vgl. Abbildung Abb. 9, im Jahr 2015 fand kein Wettbewerb statt). - Zur Ärzteliste gab es im 2016 25 eindeutige Downloads, im 2017 deren 18. Vom Selbstkontrollblatt gab es 142 eindeutige Downloads im 2016 und 619 Downloads im 2017.

²⁹ Die ehem. Lungenliga AR ist inzwischen Teil der Lungenliga St. Gallen (LLSG). Für den Wettbewerb setzte sich in dieser Region in erster Linie die LLSG ein.

	- 20 % der angemeldeten Teilnehmenden der vierwöchigen Rauchpause sind von der Rauchstopplinie beraten worden³⁰.	- Die Nachfrage nach Beratung durch die Rauchstopplinie lag im 2016 bei 23%, im 2017 bei 22% (Angabe bei der Anmeldung). - Im 2016 gaben 5-10%³¹ der befragten Teilnehmenden an, die Rauchstopp-linie beim Rauchstopp genutzt zu haben (Link 2017), im 2011 waren es 8-14% (Krebs 2012) - Die Beraterinnen der Rauchstopplinien kontaktierten 2017 insgesamt 1058 Personen (20% der TN). Mit knapp der Hälfte wurde in der Folge mehr als ein Gespräch geführt (es zeigt sich, dass sich nicht alle kontaktierten Personen in der Nachbefragung an die Kontaktaufnahme erinnern).
--	---	--

Tab. 11 Nachfrage nach Information und Unterstützung am Rauchstoppevent

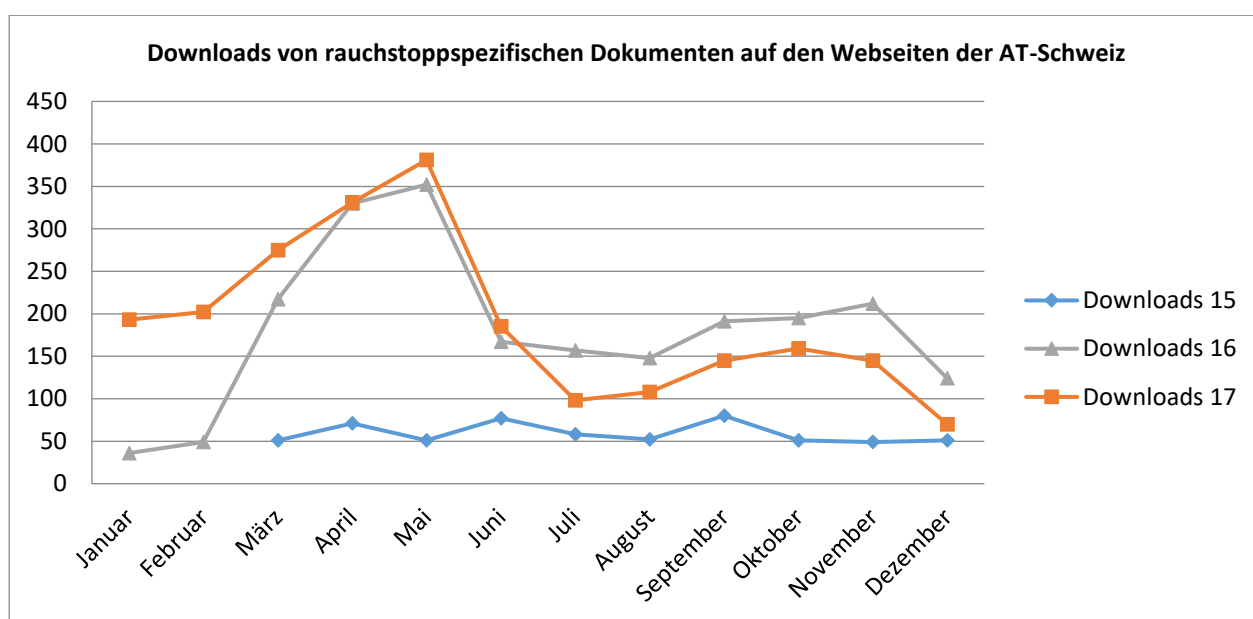


Abb. 9 Downloads von rauchstopp-spezifischen Dokumenten

Zusätzliche Erkenntnisse aus Webstatistiken und aus der Evaluation des NRP

- Insgesamt sind von Februar bis Juli 2016 1'155 Besucher/-innen von der Wettbewerbsseite auf die AT-Schweiz Webpage gelangt, von Februar bis Juli 2017 2'038. Im 2017 haben sich 822 Besucher/-innen für die Medienmitteilungen auf der AT-Website interessiert, 497 Besucher/-innen wurden auf die Faktenseite und deren Unterseiten weitergeleitet. Für die Informationen zum Rauchstopp auf der AT-Seite haben sich 719 Besucher/-innen der Rauchstoppseite interessiert. (Webstatistik)
- In der Periode vom 05.02.16 bis 31.07.16 hat es 17'355 eindeutige Seitenansichten von 5'361 Besuchern auf der Rauchstoppwettbewerbsseite gegeben (Besuche ab 60 Sekunden), im gleichen Zeitraum im 2017 40'330 eindeutige Seitenansichten von 12'977 Besuchern. Alleine im Mai 2016 haben 3'069 Besucher/-innen die Webseite länger als 60 Sekunden besucht, im Mai 2017 6'602 Besucher/-innen. (Webstatistik)

³⁰ Der Indikator ist schlecht gewählt. Die Nachfrage (=Zielformulierung) lag tatsächlich über 20%.

³¹ In der Nachbefragung der Wettbewerbsteilnehmenden 2016 gab es zwei unterschiedlich gestellte Fragen, die Antworten auf die Nutzung der Rauchstopplinie enthielt: Bei der Frage «Sind Sie ... von anderen Personen oder Fachleuten unterstützt worden?», gaben 5% die Rauchstopplinie an, bei der Frage nach der Nutzung von Entwöhnungshilfen gaben rund 10% die Rauchstopplinie an. (LINK 2017)

- Bei den letzten Wettbewerben wünschten jeweils durchschnittlich etwa 23% der Rauchenden, von der Rauchstopplinie zurück gerufen zu werden (im 2016 23%, im 2017 22%) (Projektstatistik).
- Von den Wettbewerbsteilnehmenden nahmen sowohl 2011 wie auch 2016 ca. zwei Drittel Entwöhnungshilfen beim Rauchstopp in Anspruch (wie z.B. Medikamente, Bücher, Beratung etc.) (Link 2017 und Krebs 2012), 10% (im 2011 14%) wurden beim Rauchstopp durch Gesundheitsfachpersonen unterstützt, 5% (im 2011 8%) telefonisch durch eine/n Berater/in der Rauchstopplinie (Link 2017, Krebs 2012).

Fazit

- Die verfügbaren Angaben aus der Webstatistik sowie aus Rückmeldungen und Befragungen der Teilnehmenden zeigen deutlich, dass Wettbewerbsteilnehmende beim Rauchstopp auf weitere Informationen und Unterstützung zurückgreifen. Der Anteil der Personen, die beim Rauchstopppversuch Entwöhnungshilfen in Anspruch genommen hat, ist mit 2/3 rund doppelt so hoch wie bei durchschnittlichen Rauchstopppversuchen (vgl. Suchtmonitoring, Kuendig et al. 2014³²).
- Allerdings konnte das gesetzte Ziel, dass 20% der Teilnehmenden von der Rauchstopplinie beraten werden, nicht erreicht werden. Es hatten zwar jeweils mehr als 20% bei der Anmeldung einen entsprechenden Bedarf angegeben und die Rauchstopplinie hat diese Personen weitgehend auch kontaktiert, aber nicht in allen Fällen resultierte daraus eine Beratung (in etwa der Hälfte der Fälle ist es zu mehr als einem Gespräch gekommen).

7.3.5 Das Wissen zu Rauchstopphilfen hat sich verbessert

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Webstatistik, Krebs 2012 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2011)

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (zu den Rauchstoppwettbewerben 2016 und 2017)
Das Wissen zu Rauchstopphilfen hat sich verbessert	- Erhöhte Downloads	- Die Auswertungen zeigen, dass durch die Rauchstoppwettbewerbe ein Vielfaches an Downloads von rauchstopp-spezifischen Materialien erreicht wurde (vgl. Abb. 9).
	- 60% der Teilnehmenden am Rauchstopp-Wettbewerb beurteilen das zugestellte Infomaterial als „sehr nützlich“ oder „eher nützlich“.	- 64% der Teilnehmenden 2016 beurteilen das zugestellte Infomaterial als „sehr nützlich“ oder „eher nützlich“, im 2011 waren es 59% (Krebs 2012). Im 2017 wird es keine Nachbefragung geben.
	- 20 % der angemeldeten Teilnehmer der vierwöchigen Rauchpause sind von der Rauchstopplinie beraten worden.	- Im 2016 haben 423 Personen Unterstützung gewünscht, das sind 22% aller Teilnehmenden. 5-10% ³³ gaben letztlich an, die Rauchstopplinie als Unterstützung genutzt resp. als Entwöhnungshilfe in Anspruch genommen zu haben. Im 2011 waren es 8-14% (Krebs 2012). - Die Beraterinnen der Rauchstopplinien kontaktierten 2017 insg. 1058 Personen (20% der TN). Mit knapp der Hälfte wurde in der Folge mehr als ein Gespräch geführt (es zeigt sich, dass sich nicht alle Personen in der Nachbefragung an die Kontaktaufnahme erinnerten).

Tab. 12 Beurteilung Wissensdimension

³² «34.3% des répondants disaient avoir fait usage d'au moins une aide à la désaccoutumance» Kuendig et al. 2014, 36.

³³ In der Nachbefragung der Wettbewerbsteilnehmenden 2016 gab es zwei unterschiedlich gestellte Fragen, die Antworten auf die Nutzung der Rauchstopplinie enthielt: Bei der Frage «Sind Sie ... von anderen Personen oder Fachleuten unterstützt worden?», gaben 5% die Rauchstopplinie an, bei der Frage nach der Nutzung von Entwöhnungshilfen gaben rund 10% die Rauchstopplinie an. (LINK 2017)

Fazit

- Der Wissenszuwachs bei den Teilnehmenden des Rauchstoppevents kann im Rahmen der Evaluation nicht wirklich beurteilt werden, da die Indikatoren nur begrenzt dafür tauglich sind. Die Detailziele geben aber begrenzte Hinweise in die gewünschte Richtung.

7.3.6 Am Rauchstopptag werden möglichst viele Rauchstoppversuche begonnen**Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung**

- Projektstatistik

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (zu den Rauchstoppwettbewerben 2016 und 2017)
Am Rauchstopptag werden möglichst viele Rauchstoppversuche begonnen	- Eine zunehmende Anzahl von Personen (bis 5'000 im 2017) hat einen Rauchstoppversuch unternommen	- Im Jahr 2016 haben 1'889 Personen am Rauchstoppwettbewerb teilgenommen und weitere 134 am Rauchstopptag (Total: 2'023). - Im 2017 haben 5'228 am Rauchstoppwettbewerb teilgenommen, einen Rauchstopptag (eintägiger Rauchstopp) gab es in diesem Jahr nicht mehr.

Tab. 13 Anzahl Rauchstoppversuche

Weitere Erkenntnisse

- Zum Vergleich die Teilnehmendenzahlen aus den Vorjahren³⁴ (damals gab es nur die Anmeldeoption Rauchstoppwettbewerb): 3'949 (2014), 3'634 (2013), 2'095 (2012).
- Es fällt auf, dass gegenüber den Vorjahren mehr englischsprachige Wettbewerbsteilnehmende gewonnen werden konnten und dass die Anmeldungen von türkischsprachigen Teilnehmenden relativ stabil geblieben sind. Letzteres dürfte auf die Werbung in den Rauchstoppkursen für die türkisch/kurdische Migrationsbevölkerung zurückzuführen sein.
- In Bezug auf die Altersverteilung haben sich keine grossen Verschiebungen gezeigt. Es war also nicht so, dass der Rückgang an Anmeldungen im 2016 vor allem bestimmte Altersgruppen betraf.

Fazit

- Die Teilnehmendenzahl am Rauchstoppwettbewerb 2016 hatte sich gegenüber 2014 halbiert, wobei der Rückgang in der Romandie vergleichsweise gering ausgefallen war (1/3 gegenüber 2/3 in der D-CH und 3/4 in der I-CH).
- Das niederschwellige Format (Rauchstopptag), das im 2016 pilotgetestet wurde, hat sich nicht bewährt.
- Dank den hohen Teilnehmendenzahlen am Rauchstoppwettbewerb 2017 konnte das Wirkungsziel zu den Rauchstoppversuchen erreicht werden.

7.3.7 Möglichst viele Rauchende werden durch den RST rauchfrei**Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung**

- Projektstatistik
- Krebs 2012 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2011)
- Link 2017 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2016)

³⁴ Im Jahr 2015 gab es keinen Rauchstoppevent.

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (zu den Rauchstoppwettbewerben 2016 und 2017)
Möglichst viele Rauchende werden durch den RST rauchfrei	- mind. 1'500 Rauchende pro Jahr sind für 4 Wochen (bis im Jahr 2017 2'000 pro Jahr) rauchfrei geblieben (=40% der Teilnehmenden)	- 2016: 43% (802 Personen) der Wettbewerbsteilnehmenden, die Ende Juli 2016 eine Rückmeldung gemacht haben, geben an, den Rauchstoppwettbewerb bestanden zu haben (also 4 Wochen rauchfrei geblieben zu sein). Die tatsächliche Zahl dürfte höher liegen³⁵. In der Teilnehmendenbefragung nach 6 Monaten gaben 73% der Befragten an, mind. 4 Wochen nicht geraucht zu haben, 89% von ihnen haben im Mai/Juni mit dem Rauchstopp begonnen. - 2017: 43% (2240 Personen) der Wettbewerbsteilnehmenden, die Ende Juli 2017 eine Rückmeldung gemacht haben, geben an, den Rauchstoppwettbewerb bestanden zu haben (also 4 Wochen rauchfrei geblieben zu sein).³⁶
	- mind. 500 Rauchende pro Jahr sind für 6 Monate (bis im Jahr 2017 1'000 pro Jahr) rauchfrei geblieben (=10% der Teilnehmenden)	- Wettbewerb 2016: 42% geben in der Nachbefragung nach 6 Monaten an, dass sie rauchfrei geblieben sind. Zum Wettbewerb 2017 wurde keine Befragung durchgeführt. - Ergebnis aus dem 2011: 32% geben an, dass sie rauchfrei sind (2011: 600 Personen) (Krebs 2012)

Tab. 14 Rauchfreiheit durch den Rauchstoppevent

Fazit

- Der Anteil von Personen, die nach 6 Monaten noch immer rauchfrei ist, ist mit 42% im 2016 recht hoch. Trotz der kleineren Teilnehmendenzahlen konnten dank der hohen Erfolgsrate auch die absoluten Zielvorgaben im 2016 erreicht werden. Im 2017 dürfte dies aufgrund der hohen Teilnehmendenzahl auch der Fall gewesen sein (im 2017 wurde keine Nachbefragung mehr durchgeführt).

³⁵ „Von 1889 angemeldeten Wettbewerbsteilnehmer/-innen haben 1183 (63 %) Ende Juli eine Rückmeldung gemacht. 802 (42 %) erklärten, den Wettbewerb erfolgreich bestanden zu haben, 381 (20 %) meldeten, dass sie nicht erfolgreich waren. 694 (37%) Personen haben keine Rückmeldung gemacht. Werden die Personen, die keine Rückmeldung gemacht haben, der Gruppe der „Nichterfolgreichen“ zugeordnet, ergibt sich folgendes Bild: 42 Prozent Erfolgreiche und 57 Prozent Nichterfolgreiche.“ (Auswertung der Anmelde- und Rückantwortdaten zum Rauchstoppwettbewerb 2016)

³⁶ Von 5228 angemeldeten Wettbewerbsteilnehmer/-innen haben 3036 (58 %) Ende Juli eine Rückmeldung gemacht. 2240 (43 %) erklärten, den Wettbewerb erfolgreich bestanden zu haben, 796 (15 %) meldeten, dass sie nicht erfolgreich waren. 2192 (42%) Personen haben keine Rückmeldung gemacht. Werden die Personen, die keine Rückmeldung gemacht haben, der Gruppe der „Nichterfolgreichen“ zugeordnet, ergibt sich folgendes Bild: 43 Prozent Erfolgreiche und 57 Prozent Nichterfolgreiche.

7.4 Beurteilung der Wirkungszusammenhänge

7.4.1 WB 1: Einfluss der Akquisitionsmassnahmen bei Betrieben auf deren Bereitschaft, beim Rauchstopptag mitzuwirken

Annahmen

- Durch Materialversände und durch persönliche Kontaktaufnahmen mit Betrieben gelingt es, diese für eine Mitwirkung am Rauchstopptag zu gewinnen.

Risiken

- Der Postversand geht in der Menge der Informationen und Anfragen unter, welche Betriebe zugeschickt erhalten.
- Andere Themen sind dem Betrieb wichtiger.

Mögliche alternative Erklärungen

- Keine, da sich die Betriebe ohne das zugeschickte Material nicht am Event beteiligen können.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistiken
- Einschätzungen der Programm- und Projektleitung

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Insgesamt haben im 2016 59 Betriebe und im 2017 43 Betriebe und 6 kantonale Verwaltungsstellen den Event unter den Mitarbeitenden bekannt gemacht, wobei mehrere Betriebe über die blossе Verbreitung der Information zum Wettbewerb hinaus aktiv geworden sind. (Projektstatistik)
- Die Erfahrung zeigt, dass persönliche Kontaktaufnahmen und das gezielte Anschreiben von Betrieben, zu denen bereits Kontakte bestehen oder die sich bereits im Gesundheitsmanagement engagieren, für die Rekrutierung wesentlich sind. Ein flächendeckendes Anschreiben von Betrieben ist nicht zielführend, Erfahrungen dazu liegen aus Vorjahren vor.
Von ca. 200 gezielt kontaktierten Betrieben im 2016 konnte ein knappes Drittel für eine Beteiligung am Rauchstoppevent gewonnen werden, im 2017 etwas mehr als ein Drittel bei insgesamt kleineren absoluten Zahlen. Aufwand und Ertrag stehen in einem guten Verhältnis. (Einschätzung der Projekt- und Programmleitung) [+, eher stark (konkrete, belegte Erfahrungen)]

Fazit

- Es ist sehr schwierig, Betriebe für ein Engagement zum Thema Rauchstopp zu motivieren, da es sich um ein aus Betriebssicht sehr spezifisches Thema handelt, das in Konkurrenz zu vielen anderen Themen steht. Mit der gezielten Kontaktaufnahme ist es aber gelungen, durchschnittlich rund ein Drittel der kontaktierten Betriebe für ein Mitmachen zu gewinnen. Die Rekrutierung ist intensiv, aber letztlich erfolgreich.

7.4.2 WB 2: Einfluss der Mobilisierung von Multiplikator/-innen auf deren Mitwirkung bei der Akquisition von Teilnehmenden für den Rauchstopptag

Annahmen

- Die belieferten Praxen und Multiplikator/-innen verteilen das erhaltene Informationsmaterial wie vorgesehen.

Risiken

- Das Informationsmaterial wird mangels Zeit nicht weitergegeben.
- Es gibt in den Praxen nicht genügend Platz für das Aufstellen von Dispensern.

Mögliche alternative Erklärungen

- Multiplikator/-innen erhalten von anderen Quellen Rauchstoppinformationen, die sie verbreiten.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Einschätzungen der Programm- und Projektleitung

Erkenntnisse

- Im 2016 wurden erstmals im Vorfeld des Wettbewerbs nur Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung und Apotheken angeschrieben, bei denen bereits ein engerer Kontakt zum Nationalen Rauchstopp-Programm besteht. In früheren Jahren wurden jeweils doppelt so viele Apotheken mit 50 Karten in einem Dispensern und drei Mal so viele Ärztinnen und Ärzte mit einem Brief und 5 Anmeldekarten bedient. Es ist davon auszugehen, dass dadurch insbesondere einige Apotheken nicht mitgemacht haben, die sich sonst beteiligt hätten. Im 2017 wurde die Vorgehensweise wieder früheren Wettbewerbsjahren angepasst. Es wurden zusätzlich zum Adressstamm bei der AT, die Adressen bei den Berufsverbänden eingekauft, so dass alle Apotheken, Arztpraxen der Grundversorgung, Pneumologie, Gynäkologie, Herz-Kreislauf und Zahnarztpraxen bedient wurden. Mit Paketen (Dispenser mit Wettbewerbskarten) wurden im Jahr 2016 rund 2600, im Jahr 2017 rund 3700 Apotheken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen beliefert. Mit einem Brief, 5 Wettbewerbskarten, Plakat und Bestellschein wurden 2016 insgesamt ca. 7500 Multiplikatoren mit Material des Rauchstoppevents bedient. Im Jahr 2017 wurden rund 15'300 Adressen beliefert. Es kann vermutet werden, dass die im 2017 wiederum sehr hohen Teilnehmendenzahlen auch auf die wieder breitere Streuung des Informationsmaterials zurückzuführen ist – das selektive Anschreiben insbesondere der Apotheken wurde im 2016 als einer der Hauptgründe für die tiefen Teilnehmendenzahlen eingeschätzt. (Einschätzung der Programmleitung) [+, moderat]
- Synergien kamen auch mit der Kampagne „Frau und Herz“ der Schweizerischen Herzstiftung zustande. Sie bewarb den Rauchstopptag/Rauchstoppwettbewerb auch während ihrer Kampagne „Frau und Herz“. Die Aktion in 863 Kiosken wurde 2016 wegen dem Rauchstopptag/Rauchstoppwettbewerb vorgezogen. Es wurden 250'000 Flyer, die auch einen Hinweis auf den Rauchstoppevent enthielten verteilt. „Frau und Herz“ organisierte 2017 eine Aktion zusammen mit den 500 Herz-Check zertifizierten Apotheken. Im Mai/Juni organisierte sie 37 Beratungsstände. Wettbewerbskarten wurden zusätzlich in diesem Rahmen abgegeben.
- Weitere Kampagnen gab es in den Kantonen Wallis, Baselland und Baselstadt mit den kantonalen Apotheken-Verbänden. Ansonsten sind keine anderen grösseren Versände oder Kooperationen bekannt. (Einschätzung Programmleitung) [0, moderat]

Wie sind die Teilnehmenden auf den Wettbewerb aufmerksam geworden?														
	de		en		fr		it		sq		tr		Total 2016	Total 2017
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017		
Betrieb	145	213	11	10	60	173	4	34		0	2	0	222	430
Apotheke	50	713	1	21	34	398	2	49		0		3	87	1184
Praxis/Fachstelle	176	276	1	11	116	177	11	10		0	1	4	305	478
Medien	90	62	2	2	57	42	6	5		0	3	0	158	111
Bus/Tram	138	356	12	14	134	602	2	36		0	1	3	287	1011
Facebook	82	529	4	24	236	305	3	28		1	2	10	327	897
Freunde	130	359	9	11	73	201	1	29		0	6	3	219	603
Anderes	108	0	3	0	141	43	10	0		0	11	0	273	43
k.A.	7	329		10	3	121		9	1	1		1	11	471
Total	926	2837	43	103	854	2062	39	200	1	2	26	24	1889	5228

Tab. 15 Genutzte Informationskanäle

Fazit

- Die Wettbewerbsteilnehmenden wurden über sehr unterschiedliche Kanäle auf den Wettbewerb aufmerksam. Dabei spielten die belieferten MultiplikatorInnen eine wichtige Rolle (30-40% der Teilnahmen kamen über Betriebe, Apotheken und Praxen/Fachstellen zustande).

7.4.3 WB 3: Einfluss der Mobilisierung von kantonalen Partnern auf deren Mitwirkung am Rauchstoppevent

Annahmen

- Die Mobilisierung von kantonalen Partnern führt dazu, dass weitere Verbreitungskanäle für die Bewerbung des Rauchstoppevents genutzt werden können.

Risiken

- Die kantonalen Partner verfügen über keine guten Verbreitungskanäle, um Rauchende für den Rauchstoppevent gewinnen zu können.

Mögliche alternative Erklärungen

- Es gibt keine sinnvollen alternativen Erklärungen, da eine Bewerbung des Rauchstoppevents nur in Zusammenarbeit mit dem NRP erfolgen kann.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Einschätzungen der Programmleitung

Erkenntnisse

- Es gibt keine anderen Akteure, welche in diesem Bereich (Akquisition von kantonalen Programmen und Fachstellen für den Rauchstopptag) massgeblich aktiv sind. (Einschätzung Programmleitung) [+, moderat]
- Das Potenzial hängt vom Stellenwert des Events im jährlichen Tätigkeitsplan und den finanziellen Möglichkeiten ab.
- Die enge terminliche Verflechtung mit dem Welttag ohne Tabak erhöht die Chance, dass kantonale Akteure den Event in das Tätigkeitsprogramm integrieren.

Fazit

- Mit den meisten kantonalen Programmen, Fachstellen und Ligen bestanden enge Kontakte, die für die Bewerbung des Rauchstoppevents genutzt werden konnten.

7.4.4 WB 4 und 5: Einfluss der Bekanntheit des Rauchstopptags und der Teilnahme am Rauchstoppwettbewerb auf die Nachfrage nach Information und Unterstützung

Annahmen

- Die Bekanntheit des Rauchstopptags und die Teilnahme am Wettbewerb führen zu erhöhter Nachfrage nach Information und Unterstützung.
- Diejenigen Personen, welche den Rauchstopptag kennen, wissen auch, wo sie Information und Unterstützung finden können und sie werden entsprechend aktiv.

Risiken

- Die Unterstützungsangebote sind nicht oder zu wenig gut bekannt oder sie sind zu hochschwellig.

Mögliche alternative Erklärungen

- Es sind die Sensibilisierungsaktivitäten anderer Akteure (z.B. BAG-Kampagnen), welche zu vermehrter Nachfrage nach Information und Unterstützung führen.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Webstatistiken
- Evaluation des NRP: Maier/Haug 2016 (Bevölkerungsbefragung zum Rauchstoppevent)
- Link 2017 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2016)

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Es gibt deutliche Hinweise, dass der Rauchstoppevent die Nachfrage nach Information steigert. Zum einen haben in beiden Jahren (2016 und 2017) 22% der Teilnehmenden des Wettbewerbs gewünscht, von der Rauchstopplinie angerufen zu werden (Projektstatistik), zum anderen sind beispielsweise im 2016 1'155 Besucher/-innen und im 2017 2'038 Besucher/-innen der Wettbewerbsseite auf entsprechende Informationsseiten zur AT-Schweiz Webseite gelangt. Zudem zeigt die Webstatistik deutlich erhöhte Downloadzahlen rund um den Rauchstoppwettbewerb. (Webstatistik) [+, stark]
- In der Teilnehmendenbefragung zum Rauchstopptag 2011 gaben 8-14% der Teilnehmenden an, beim Rauchstopp von der Rauchstopplinie beraten worden zu sein (Krebs 2012, 9) [+, moderat], im 2016 waren es 5-10%³⁷ (Link 2017) [+, moderat].

Fazit

- Der Rauchstoppevent führte nachvollziehbar zu einer erhöhten Nachfrage nach Information und Unterstützung bei den Wettbewerbsteilnehmenden. Es kann allerdings nicht beurteilt werden, inwiefern eine insgesamt erhöhte Nachfrage (nur) auf Teilnehmende zurückzuführen ist oder auch auf Nicht-Teilnehmende.

7.4.5 WB 6: Einfluss der Teilnahme am Rauchstopptag auf die Anzahl Rauchstoppversuche**Annahmen**

- Das Mitmachen am Rauchstopptag fördert die Motivation, einen Rauchstoppversuch zu machen.
- Der Rauchstoppevent unterstützt Rauchstoppversuche wesentlich.

Risiken

- Viele Rauchende melden sich zwar für den Rauchstoppwettbewerb oder für den Rauchstopptag an, machen aber trotzdem keinen Rauchstoppversuch.

Mögliche alternative Erklärungen

- Die meisten Rauchstoppversuche werden nicht aufgrund von prof. Interventionen unternommen.
- Viele Rauchstoppversuche lassen sich auf Rauchstopangebote von anderen Organisationen und Fachpersonen zurückführen, u.a. auf Interventionen von medizinischen Fachpersonen.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Krebs 2012 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2011), Link 2017 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2016), Maier/Haug 2016 (Bevölkerungsbefragung zum Rauchstoppevent 2016)
- Weitere Studien: Cahill/Perera 2011, Borland Li et al. 2012, Smith et al. 2013, Levy et al. 2010, Wakefield et al. 2008, Bala et al. 2013

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- Das Mitmachen am Rauchstoppwettbewerb und am Rauchstopptag führte bei der grossen Mehrheit der Teilnehmenden tatsächlich zu einem Rauchstoppversuch. Beim Rauchstoppwettbewerb 2016 gaben in den Rückmeldungen Ende Juli 43% an, den Wettbewerb, also den 4-wöchigen Rauchstopp, erfolgreich bestanden zu haben. (Projektstatistik) [+, eher stark] Bei der Teilnehmendenbefragung zum Rauchstoppwettbewerb 2016 gaben 73% (im 2011: 66%) der Teilnehmenden an, einen Rauchstopp von mind. 4 Wochen gemacht zu haben. (Krebs 2012) [+, eher stark]. Zusätzlich dürfte es zusätzlich einen beachtlichen Anteil von Rauchenden gegeben haben, welche einen kürzeren Rauchstoppversuch gemacht haben.

³⁷ In der Nachbefragung der Wettbewerbsteilnehmenden 2016 gab es zwei unterschiedlich gestellte Fragen, die Antworten auf die Nutzung der Rauchstopplinie enthielt: Bei der Frage «Sind Sie ... von anderen Personen oder Fachleuten unterstützt worden?», gaben 5% die Rauchstopplinie an, bei der Frage nach der Nutzung von Entwöhnungshilfen gaben rund 10% die Rauchstopplinie an. (LINK 2017)

- Für einen Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Rauchstoppevent 2016 war der Rauchstopp-Wettbewerb als Anlass für einen Rauchstoppversuch sehr wichtig, für weitere 41% war er wichtig. Insgesamt beurteilten also knapp zwei Drittel der Befragten den Rauchstopp-Wettbewerb als wichtige Motivationsquelle für ihren Rauchstoppversuch. (Link 2017) [+ , eher stark]. Die Zahlen entsprechen jenen aus der Auswertung von 2011: Für ca. 2/3 hat der Rauchstoppwettbewerb eine wichtige bis sehr wichtige Rolle für den Rauchstoppversuch gespielt. (Krebs 2012, 12) [+ , eher stark]
- 57% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Rauchstopp-Wettbewerbs 2016 gaben an, dass die verlosteten Geldpreise ihre Motivation zum Rauchstoppversuch erhöht haben. Gleichzeitig gaben 65% der Befragten an, dass sie auch ohne eine Auslosung von Geldpreisen am Rauchstopp-Wettbewerb teilgenommen hätten. (Link 2017) [+ , eher stark]
- In der Bevölkerungsbefragung liessen sich rund um den Rauchstopptag allerdings nicht messbar mehr Rauchstoppversuche verzeichnen als im darauffolgenden Monat (Maier/Haug 2016) [- , moderat]
- Knapp die Hälfte der befragten Rauchenden und Ex-Rauchenden (Bevölkerungsbefragung) waren der Ansicht, dass Aktionen wie ein Rauchstopptag oder ein Rauchstoppwettbewerb Rauchende für einen Rauchstoppversuch motivieren können. (Maier/Haug 2016) [0, schwach (geringe Aussagekraft)]
- Die Auswertung der Anmeldekarten zeigte, dass die Teilnehmenden des Rauchstoppwettbewerbs durchschnittlich hoch motiviert waren, einen Rauchstoppversuch zu machen (Projektstatistik). Es konnte aber nicht eruiert werden, ob der Wettbewerb vor allem motivierte Rauchende angesprochen hat oder inwiefern er zusätzlich motiviert hat. Allerdings kann man sehen, dass es hoch Motivierten³⁸ eher gelungen ist, die vier Wochen Rauchfreiheit durchzustehen (82.1% ggn. <63% in allen anderen Kategorien) und auch die Anzahl derer, die bei der Nachbefragung noch rauchten, stieg mit sinkender Motivation (51.7% der hoch Motivierten rauchen noch gegenüber 66%, 71%, 81% bei zunehmend weniger Motivierten).

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Es lässt sich aufgrund verfügbarer Studien nur schwer eruieren, wie gross der Einfluss eines Geldpreises und wie gross der Einfluss von Begleitmassnahmen (Information) auf die Motivation für Rauchstoppversuche ist. Einzelne Studien haben aber gezeigt, dass der finanzielle Anreiz für eine Teilnahme an einem Rauchstoppwettbewerb insgesamt bescheiden sein dürfte und höhere finanzielle Anreize nicht unbedingt mit einer höheren Motivation einhergehen.³⁹ (Cahill/Perera 2011, 8)

Erkenntnisse zur Wirksamkeit alternativer Rauchstoppinterventionen

- Die meisten Rauchstoppversuche werden nicht aufgrund von professionellen Interventionen unternommen. (Borland Li et al. 2012) [- , moderat (keine Zahlen, Verweise auf weiterführende Literatur)]
- 54%–69% von Ex-Rauchenden hören ohne Hilfe mit dem Rauchen auf. (Smith et al. 2013) [- , stark (systematische Review)]
- Eine Cochrane-Review zur Wirkung massenmedialer Kampagnen ist zum Schluss gekommen, dass es keine klare Evidenz für deren Wirkung gibt. Die Ergebnisse der untersuchten Studien sind heterogen. Es gibt aber Hinweise darauf, dass umfassende Präventionsprogramme, welche massenmediale Kampagnen miteinschliessen, wirksam sein können. (Bala et al. 2013) [0, stark]
- In einer australischen Studie wurde der Einfluss von verschiedenen Präventionsmassnahmen auf Bevölkerungsebene untersucht. Die Autoren/Autorinnen kommen zum Schluss, dass

³⁸ Motivationswerte von 9 bis 10 auf einer 10-er Skala.

³⁹ „Interestingly, the Bluegrass trial found only a weak link between signing up for the contest and the desire to win the cash prize, with 81% of low-income participants (less than US\$25,000 a year) indicating that they would have entered the contest anyway (Hahn 2004). O’Connor 2006 reported that fewer than one-third of participants in the New York contests claimed to be financially motivated to enter, with the contest that offered more than twice the value in prize money achieving no greater reach or efficacy than the other ten contests.“ (Cahill/Perera 2011, 8)

Preiserhöhungen und massenmediale Kampagnen die Raucherprävalenzen signifikant reduzieren. Keine signifikanten Reduktionen haben sie bei monatlichen 'sales' von NRT (nicotine-replacement-therapy), bei Werbung für NRT sowie bei Gesetzen zu Rauchfrei-Restaurants gefunden.⁴⁰

(Wakefield et al 2008) [-, moderat]

- Die Wirksamkeit evidenzbasierter Aufhörhilfen wird basierend auf Guidelines und Cochrane Reviews auf plus 100% für pharmakologische Behandlungen, plus 60% für verhaltensorientierte Interventionen und plus 200% für die Kombination der beiden geschätzt.⁴¹ (Levy et al. 2010) [-, stark]

Fazit

- Es ist hoch plausibel, dass der Rauchstoppevent Rauchende dazu motiviert hat, einen Rauchstopp zu machen – im Jahr 2016 mindestens die ca. 2'000 und im Jahr 2017 die über 5'000 angemeldeten Teilnehmenden. Aufgrund vorliegender Befragungsdaten kann allerdings nicht beurteilt werden, wie viele von ihnen auch ohne den Rauchstoppevent mit dem Rauchen aufgehört hätten. Es kann aber auch nicht beurteilt werden, wie viele Rauchende über diese Gruppe hinaus, nicht angemeldet, durch den Rauchstoppevent motiviert, Rauchstoppversuche gemacht haben.

7.4.6 WB 7 und 8: Einfluss von Informationen zum Rauchstopp auf die Verbesserung des Wissens zu Rauchstopphilfen

Annahmen

- Personen, welche ein Informationsset zum Rauchstopp erhalten, können dadurch ihr Wissen zum Rauchstopp erhöhen.
- Die Informationssets enthalten relevante Informationen und einen Mehrwert für die Empfänger.

Risiken

- Informationen zum Rauchstopp sind ohne Begleitmassnahmen nicht nachhaltig.

Mögliche alternative Erklärungen

- Rauchende werden über andere Quellen effektiver über Rauchstopphilfen informiert.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Krebs 2012 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2011), Link 2017 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2016)
- Studien: Hartmann-Boyce et al. 2014

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- 49% der insgesamt 501 befragten Personen gaben an, mindestens die Hälfte der erhaltenen Informationen und Ratschläge im Newsletter zum Rauchstopp-Wettbewerb gelesen zu haben, 9% haben weniger als die Hälfte, 20% fast nichts und 18% gar nichts gelesen. (Link 2017) Die Zahlen sind tiefer als beim Rauchstoppwettbewerb 2011, wo 62% der Wettbewerbs-Teilnehmenden mindestens die Hälfte gelesen haben. (Link 2017, Krebs 2012) [+, Evidenzen eher schwach (mehr Lesen ist nicht gleichbedeutend mit einem Zuwachs an Wissen)]

⁴⁰ „Increases in cigarette costliness and exposure to tobacco control media campaigns significantly reduced smoking prevalence. We found a 0.3-percentagepoint reduction in smoking prevalence by either exposing the population to televised antismoking ads an average of almost 4 times per month (390 GRPs) or by increasing the costliness of a pack of cigarettes by 0.03% of gross average weekly earnings. Monthly sales of NRT and bupropion, exposure to NRT advertising, and smoke-free restaurant laws had no detectable impact on smoking prevalence. Conclusions. Increases in the real price of cigarettes and tobacco control mass media campaigns broadcast at sufficient exposure levels and at regular intervals are critical for reducing population smoking prevalence.“ (Wakefield et al. 2008, 1443)

⁴¹ “Treatment effectiveness estimates were drawn from the 2008 Guideline³ and from Cochrane reviews.^{11–19} Based on Abrams et al.⁹ when compared to NoEBT, quit rates are estimated to increase 100% when pharmacologic treatment is used, 60% when behavioral treatment is used, and 200% when pharmacologic treatment and behavioral treatment are used. Based on previous literature,^{20–22} an average annual continuous quit rate of 4% for NoEBT was selected.” (Levy et al. 2010, 365)

- 64% der Personen, welche die Informationen aus dem Newsletter gelesen haben, beurteilen diese als nützlich (sehr nützlich und eher nützlich), im 2011 waren es 59%. (Link 2017), (Krebs 2012) [+, eher stark]
- Die Nützlichkeit der Facebookseite wird gemischt beurteilt. Von den 37% der Befragten, welche die Informationen und Kommentare gelesen haben, gaben 51% an, dass diese hilfreich waren beim Aufhören und Durchhalten (eher ja), 47% sagten eher nein. (Link 2017) [0, moderat]

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Es gibt leichte Evidenz zur Nützlichkeit von Informationsmaterialien für einen Rauchstopp, wenn sie alleine genutzt werden (self-help). Wenn sie begleitend zu anderen Interventionen genutzt werden (z.B. Beratung durch Fachpersonen), verschwindet der Effekt.⁴² (Hartmann-Boyce et al. 2014) [+, stark (systematische Review)]

Fazit

- Aufgrund der Rückmeldungen der Wettbewerbsteilnehmenden kann davon ausgegangen werden, dass die Informationen, welche das Programm an die Teilnehmenden verschickt hat, neues relevantes Wissen enthalten hat.

7.4.7 WB 9: Einfluss der Aktionen von lokalen und kantonalen Partnerorganisationen auf die Durchführung von Rauchstoppversuchen im Rahmen des Rauchstoppevents

Annahmen

- Durch die Aktivitäten von lokalen und kantonalen Partnerorganisationen gelingt es, viele Rauchende für einen Rauchstoppversuch zu motivieren.

Risiken

- Die Aktivitäten der Partnerorganisationen sind nicht oder zu wenig bekannt oder sie sind zu wenig attraktiv, um Rauchende motivieren zu können.

Mögliche alternative Erklärungen

- Die anderen Akquisitionswege (nationale Kampagne, über Betriebe, über med. Fachpersonen) sind erfolgreicher als die Aktivitäten der Partnerorganisationen.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistik: Statusberichte 2015-2017, Teilnehmendenstatistiken 2016 und 2017
- Einschätzung Programm- und Projektleitung

Erkenntnisse

- Im 2016 waren lokale und kantonale Partnerorganisationen in die Promotion des Rauchstoppevents involviert, insgesamt haben sich Akteure in 21 Kantonen (und im Fürstentum Liechtenstein) am Rauchstoppevent beteiligt. (Auskunft Programmleiterin). Die Aktivitäten reichten von Materialversänden über Standaktionen mit CO-Messungen und/oder auch mit dem Fotoautomaten von SmokeFree bis hin zu und Vorträgen.
- Im 2016 wurde rund ein Drittel des Wettbewerbsmaterials über die kantonalen Partnerorganisationen vertrieben (100'000 von 300'000 Anmeldekarten), im 2017 etwas mehr als 20 Prozent. Der Unterschied zum Vorjahr ergibt sich aus der unterschiedlichen Bedienung der Gesundheitsfachleute in den Jahren 2016 gegenüber 2017 (im 2016 wurden weniger Apotheken und Ärztinnen und Ärzte bedient als 2017).

⁴² "Standard, print-based self-help materials increase quit rates compared to no intervention, but the effect is likely to be small. We did not find evidence that they have an additional benefit when used alongside other interventions such as advice from a healthcare professional, or nicotine replacement therapy." (Hartmann-Boyce 2014, 2)

- Die Wettbewerbsteilnehmenden sind über sehr unterschiedliche Kanäle auf den Wettbewerb aufmerksam geworden (s. Tab. Tab. 15), so auch über die Kanäle, über welche lokale und kantonale Partnerorganisationen Informationen vertrieben haben (z.B. über Werbung in Bussen/Trams).

Fazit

- Das NRP stützte sich bei der Promotion des Rauchstoppevents unter anderem auf lokale und kantonale Partnerorganisationen ab. insgesamt haben sich Akteure in 21 Kantonen und im Fürstentum Liechtenstein am Rauchstoppevent beteiligt. Deren Engagement hat stark variiert.
- Die ‚Ausbeute‘ pro beteiligtem Kanton erscheint relativ gering, wenn man die Teilnehmendenzahlen durch die Anzahl beteiligter Kantone dividiert (rund 90 Teilnehmende im 2016 und rund 250 Teilnehmende im 2017 pro Kanton. Angesichts der vielen weiteren genutzten Akquisitionswegen (med. Fachpersonen, nationale Promotion etc.) würde sich diese Zahl nochmals deutlich reduzieren).

7.4.8 WB 10: Einfluss der Verbreitung von Informationsmaterialien durch Multiplikator/-innen im Gesundheitsbereich auf die Durchführung von Rauchstoppversuchen im Rahmen des Rauchstoppevents

Annahmen

- Ein bedeutender Anteil von Rauchstoppversuchen lässt sich auf die Akquisition in Apotheken und Praxen von medizinischen Fachpersonen zurückführen.
- Die Platzierung der Informationsmaterialien in Praxen und Apotheken erhöht die Glaubwürdigkeit der Botschaften.

Risiken

- Das Informationsmaterial, welches in Praxen von medizinischen Fachpersonen aufgelegt wird, wird von den rauchenden Patientinnen und Patienten nicht beachtet/nicht gelesen.

Mögliche alternative Erklärungen

- Rauchende Patient/-innen beziehen Rauchstoppinformationen primär aus anderen Quellen.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistik: Teilnehmendenstatistiken Rauchstopptage 2016 und 2017.

Erkenntnisse

- Insgesamt haben im 2016 etwas mehr als 20% der Wettbewerbsteilnehmenden, die Ende Juli eine Rückmeldung gegeben haben, gesagt, durch Praxen, Apotheken und Fachstellen auf den Wettbewerb aufmerksam geworden zu sein. Im 2017 waren es 32%. (Projektstatistik)

Fazit

- Die Verbreitung von Rauchstopp-Infomaterial über die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Gesundheitsbereich (Praxen, Apotheken, Fachstellen) ist erfolgreich und führt zu rund einem Fünftel (2016) bis zu einem Drittel (2017) der Wettbewerbsteilnehmenden.

7.4.9 WB 11: Einfluss der Beteiligung von Betrieben auf die Rauchstoppversuche im Rahmen des Rauchstoppevents

Annahmen

- Je mehr Betriebe am Rauchstopptag teilnehmen desto mehr Personen machen einen Rauchstoppversuch.
- Informationen von Seiten der Betriebe zum Rauchstopptag erhöhen die Bekanntheit des Rauchstopptags und führen so zu mehr Teilnehmenden und mehr Rauchstoppversuchen.

Risiken

- Die Mitarbeitenden sind nicht an den Aktionen der Betriebe interessiert.

Mögliche alternative Erklärungen

- Die teilnehmenden Mitarbeitenden aus Betrieben wurden primär von Dritten und nicht vom eigenen Betrieb für den Rauchstopp motiviert.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistik: Teilnehmendenstatistik Rauchstopptage 2016 und 2017.

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- 13% der Teilnehmenden am Rauchstoppevent 2016 geben an, über den Betrieb auf den Rauchstoppwettbewerb aufmerksam geworden zu sein (253 Teilnehmende), im 2017 waren es 8% (430 Teilnehmende) (Auswertung Anmeldungen Rauchstoppevent 2016 und 2017)

Fazit

- Die Promotion des Rauchstoppwettbewerbs über Betriebe schien ebenfalls erfolgreich zu sein – zwischen 8% (2017) und 13% (2016) der Wettbewerbsteilnehmenden wurden durch den Betrieb auf den Rauchstoppwettbewerb aufmerksam.

7.4.10 WB 12: Einfluss von Wissen auf die Durchführung von Rauchstoppversuchen**Annahmen**

- Das Wissen zu Rauchstopphilfen erhöht die Wahrscheinlichkeit, einen Rauchstoppversuch zu machen.

Risiken

- Wissen kann oder will nicht umgesetzt werden.

Mögliche alternative Erklärungen

- Rauchstoppversuche werden primär aus anderen Gründen gemacht und nicht aufgrund neuen Wissens.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation NRP: Link 2017 und Krebs 2012
- Studien: Hartmann-Boyce et al. 2014
- Evidenzbasierte Leitlinien: AWMF 2015, ENSP 2012; Fiore 2008
- Scholz & Lüscher 2016 (Expertise zu den Wirkungsmodellen)

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Von den Wettbewerbsteilnehmenden, die 6 Monate nach dem Wettbewerb noch rauchfrei waren, haben zwei Drittel mindestens eine Entwöhnungshilfe in Anspruch genommen (ähnliche Werte wie im 2011). Mehr als ein Viertel (im 2011 ein Drittel) verwendeten Medikamente, am häufigsten nikotinhaltige Präparate wie Pflaster, Kaugummi oder Tabletten (21%), aber auch Champix (5%) und Zyban (<1%, 1 Person). (Link 2017), (Krebs 2012, 9) [0, moderat]. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Suchtmonitorings (Kuendig et al. 2014 und 2016) sind diese Zahlen recht hoch.
- Die vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung und von evidenzbasierten Entwöhnungshilfen beim Rauchstopp durch Wettbewerbsteilnehmende legt nahe, dass Wissen (zu Unterstützungsangeboten) eine wichtige Komponente beim Rauchstopp ist. (Link 2017) (Krebs 2012) [+ , moderat]
- In den an die Wettbewerbsteilnehmenden versandten Newslettern wurden vor allem Tipps zum Rauchstopp (z.B. rauchfreie Umgebung schaffen, Angehörige informieren, Selbstkontrollblatt), bestärkende Unterstützung (z.B. Erfolgsgeschichten, SmokeFree Buddy App, Austauschmöglichkeiten) sowie Informationen zu Rauchstoppageboten (z.B. zu Medikamenten, regionalen Events) vermittelt.

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Es gibt leichte Evidenz zur Nützlichkeit von Informationsmaterialien für einen Rauchstopp, wenn diese alleine genutzt werden (self-help). Wenn sie begleitend zu anderen Interventionen genutzt werden, verschwindet der Effekt⁴³ (Hartmann-Boyce et al. 2014) [+, stark (systematische Review)]

Erkenntnisse aus evidenzbasierten Leitlinien

- In aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zur Rauchstopppunterstützung (z.B. AWMF 2015, ENSP 2012; Fiore 2008) wird die Wissensvermittlung (z.B. zur Schädlichkeit des Rauchens oder zu den Vorteilen des Nichtrauchens) kaum explizit erwähnt (Ausnahme ENSP 2012, 48) dürfte aber Teil der empfohlenen (Kurz-) Beratungen sein. [eher -, stark]

Plausibilisierung durch wissenschaftliche Theorien und Modelle

- Die Wirkungsannahme, dass verbessertes Wissen zu einer Verhaltensänderung beitragen kann, wird u.a. durch das in der Tabakprävention häufig verwendete HAPA-Modell, aber auch durch andere Modelle und Theorien gestützt. Wissen kann die Risikowahrnehmung und die Handlungsergebniserwartung beeinflussen, neben der Selbstwirksamkeitserwartung im HAPA-Modell zwei Haupteinflussfaktoren für die Intentionsbildung. Allerdings reicht Wissen keinesfalls aus, um Verhaltensänderungen herbeizuführen. Es braucht u.a. eine entsprechende Einstellung, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung sowie Fähigkeiten, die empfohlenen Handlungen auch auszuführen. (Scholz & Lüscher 2016, 4-6, 8-11) [+, eher stark (es handelt sich um ein etabliertes Modell, welches sich in vielen Studien bewährt hat)]
- In ihrer Expertise konstatieren Scholz und Lüscher (2016, 22), dass insbesondere die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung im Wirkungsmodell zum Rauchstoppevent zu kurz kommt und gestärkt werden könnte. In der Praxis (z.B. in den Newslettern) wird die Selbstwirksamkeit mittels verstärkender Botschaften (z.B. über die Erfolgsgeschichten) unterstützt.

Fazit

- In gängigen gesundheitspsychologischen Theorien und Modellen, die auch im Bereich des Rauchstopps verwendet werden, erscheint Wissen (zu Gesundheitsfolgen des Rauchens, zu Unterstützungsangeboten etc.) zwar in der Regel nicht explizit als beeinflussender Faktor für eine entsprechende Verhaltensänderung, aber als integraler Bestandteil anderer Faktoren wie z.B. der Risikowahrnehmung im HAPA-Modell.
- Da anzunehmen ist, dass die negativen Folgen des Tabakkonsums zumindest in groben Zügen bekannt sind, dürfte es bei der Vermittlung von Wissen eher um handlungspraktische Aspekte gehen (Unterstützungsangebote, praktische Tipps, Entwöhnungshilfen etc.).
- Angesichts der Erkenntnisse hat die Wissensdimension im Wirkungsmodell zum Rauchstoppevent eine zu prominente Stellung. Andere Faktoren erweisen sich als bedeutender (z.B. professionelle und soziale Unterstützung, Entwöhnungshilfen).

7.4.11 WB 13: Einfluss von Rauchstoppversuchen auf die Rauchfreiheit

Annahmen

- Wenn sich Rauchende immer wieder mit ihrem Rauchverhalten auseinandersetzen und Rauchstoppversuche machen, dann führt dies bei vielen letztlich zur Rauchfreiheit.
- Es braucht meist mehrere Rauchstoppversuche, um rauchfrei zu werden – jeder Versuch ist ein wichtiger Schritt in Richtung Rauchfreiheit.

Risiken

- Viele Rauchstoppversuche führen zu Frustrationen und zu Resignation statt zu mehr Motivation, und halten deshalb von weiteren Rauchstoppversuchen ab.

⁴³ "Standard, print-based self-help materials increase quit rates compared to no intervention, but the effect is likely to be small. We did not find evidence that they have an additional benefit when used alongside other interventions such as advice from a healthcare professional, or nicotine replacement therapy." (Hartmann-Boyce 2014, 2)

Mögliche alternative Erklärungen

- Rauchstoppversuche führen nur dann zu Rauchfreiheit, wenn gleichzeitig zentrale andere Faktoren gegeben sind.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehungen

- Projektstatistik
- Evaluation des NRP: Krebs 2012 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2011), Link 2017 (Teilnehmendenbefragung Rauchstoppwettbewerb 2016)
- Studien: Keller et al. 2011 (Tabakmonitoring), Chaiton et al. 2016, Kotz et al. 2011, Lindson-Hawley 2016, Borland/Partos et al. 2012, Kuendig et al. 2014 und 2016, Cahill/Perera 2011, Álvarez Gutiérrez et al. 2016

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- 73% der am Wettbewerb 2016 Teilnehmenden gaben an, einen Rauchstopp von mind. 4 Wochen gemacht zu haben (im 2011 waren es 66%), 89% von ihnen gaben an, im Mai/Juni mindestens 4 Wochen nicht geraucht zu haben. 42% der Teilnehmenden rauchten auch nach einem halben Jahr noch nicht (im 2011 waren es 32%). (Link 2017), (Krebs 2012, 5 und 7) [+, moderat, Selbsteinschätzung]
- Sowohl im 2016 als auch im 2017 haben rund 42% der Wettbewerbsteilnehmenden, die Ende Juli eine Rückmeldung gemacht haben, angegeben, den Rauchstoppwettbewerb bestanden zu haben (also 4 Wochen rauchfrei geblieben zu sein). Die tatsächliche Zahl dürfte höher liegen.⁴⁴ (Projektstatistik)
- Von den Wettbewerbsteilnehmenden, die 6 Monate nach dem Wettbewerb noch rauchfrei waren, haben zwei Drittel mindestens eine Entwöhnungshilfe in Anspruch genommen (ähnliche Werte wie im 2011). Mehr als ein Viertel (im 2011 ein Drittel) verwendeten Medikamente, am häufigsten nikotinhalige Präparate wie Pflaster, Kaugummi oder Tabletten (21%), aber auch Champix (5%) und Zyban (<2%). (Link 2017), (Krebs 2012, 9) [0, moderat]. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Suchtmonitorings (Kuendig et al. 2014 und 2016) sind diese Zahlen hoch.
- Es gibt leichte Hinweise darauf, dass sich die Unterstützung von Angehörigen, Freunden oder Gesundheitsfachleuten positiv auf die Rauchfreiheit auswirkt. (Krebs 2012, 6) [0, eher schwach (kleine Gruppengrößen, keine Berechnung von Signifikanzen)]

Erkenntnisse zum Erfolg von Rauchstoppwettbewerben

- Gemäss einer systematischen Review über verschiedene Länder hinweg wird der Anteil erfolgreicher Rauchstopps (> 1Jahr) bei Rauchstoppwettbewerben auf durchschnittlich 20% geschätzt.⁴⁵ (Cahill/Perera 2011, 10)
- Die Evidenzen zur Wirksamkeit von 'Quit and Win' Interventionen sind allerdings uneinheitlich. In der Review von Cahill und Perera haben drei Studien zum Teil deutlich signifikante Erfolge von 'Quit and Win' Interventionen gezeigt⁴⁶, in zwei Studien haben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen

⁴⁴ „Von 1'889 angemeldeten Wettbewerbsteilnehmer/-innen im 2016 haben 1183 (63 %) Ende Juli eine Rückmeldung gemacht. 802 (42 %) erklärten, den Wettbewerb erfolgreich bestanden zu haben, 381 (20 %) meldeten, dass sie nicht erfolgreich waren. 694 (37%) Personen haben keine Rückmeldung gemacht. Werden die Personen, die keine Rückmeldung gemacht haben, der Gruppe der „Nichterfolgreichen“ zugeordnet, ergibt sich folgendes Bild: 42.5 Prozent Erfolgreiche und 57.5 Prozent Nichterfolgreiche.“ (Auswertung der Anmelde- und Rückantwortdaten zum Rauchstoppwettbewerb 2016). Die Zahlen des Wettbewerbs 2017 sind mit jenen aus dem 2016 vergleichbar.

⁴⁵ „Although there are great differences in quit rates between participating countries, the organizers report that on average about 20% of contest participants are estimated to have remained continuously abstinent at one-year follow up.“ (Cahill/Perera 2011, 10)

⁴⁶ „Hahn 2005 reported a 7.3% (36/494) biochemically validated quit rate at 12 months for the quit and win group, compared with 0.6% (3/512) for the controls (P < 0.0001).“ ... „McAlister 2000 reported a 7% (13/176) quit rate in Pitkaranta compared with 0.5% (1/202; P < 0.05) in the comparison community of Suojärvi, for smokers who had abstained for longer than the previous month. The corresponding point prevalence quit rates were 14% (26/176) and 1% (2/202; P < 0.01).“ ... „Bains 2000 reported a 1% quit rate among the random survey control group (4/385 on an intention-to-treat basis, or 4/325 on a responders-only basis), and a 19.5% quit rate among the experimental group, based on 200 responders. An intention-to-treat analysis would yield a quit rate of 16.9%, still substantially higher than in

- Interventions- und Kontrollgruppe gezeigt (Cahill/Perera 2011) [0, moderat (einige limitierende Faktoren wie geringe Samplegrössen oder Regionen mit einer hohen Sensibilität für das Thema durch vorangegangene Kampagnen)]
- 4%, die am britischen 'no-smoking day' mitmachen, bleiben 12 Monate rauchfrei, 2.5% dauerhaft⁴⁷. (Kotz et al. 2011) [+, moderat]
 - Kotz et al. illustrieren für England anhand von Rauchstopp-Zeitverläufen, dass - über die Jahre betrachtet - vor allem der Jahreswechsel, der 'no-smoking-day' sowie eine gesetzliche Änderung für deutliche Anstiege von Rauchstopps gesorgt haben, wobei der Jahreswechsel am deutlichsten. (Kotz et al. 2011, 303) [+, moderat]
 - In ihrer randomisierten kontrollierten Studie haben Lindson-Hawley et al. (2016) zeigen können, dass abruptes Aufhören erfolgreicher ist als langsames Reduzieren (RR 0.8 für rauchfrei nach 4 Wochen, RR 0.71 für rauchfrei nach 6 Monaten)⁴⁸resp. 0.71. (Lindson-Hawley et al. 2016) [+, eher stark] Dieser Befund wird auch durch die systematische Review von Cahill/Perera (2011, 9) gestützt [+, eher stark]

Erkenntnisse zum Verhältnis zwischen Rauchstoppversuchen und erfolgreichen Rauchstopps

- Die Meinungen gehen auseinander, wie viele Rauchstoppversuche es für einen erfolgreichen Rauchstopp braucht. Eine neuere Studie geht von durchschnittlich mindestens 30 Versuchen aus (gegenüber bisherigen Schätzungen, die je nach Studie von 5-15 erfolglosen Versuchen ausgehen). (Chaiton et al. 2016) [moderat]
- Die Autor/-innen der ITC-4 Studie schätzen, dass ein 40-jähriger Raucher/eine 40-jährige Raucherin, der/die seit der Jugendzeit raucht, etwa 20 erfolglose Rauchstoppversuche hinter sich hat. (Borland/Partos et al. 2012) [0, eher stark]
- In einer Langzeitstudie von Álvarez Gutiérrez et al. (2016) haben 50.5% von den Personen, die nach einer Pharmakotherapie in einem spezialisierten Zentrum (Sevilla) ein Jahr lang rauchfrei waren, auch nach 10 Jahren nicht wieder geraucht⁴⁹. Verglichen mit anderen Langzeitstudien mit ähnlichen Interventionen (Nikotinersatzpräparate, Medikamente) ist dieser Wert im oberen Bereich (Vergleichswerte im Bereich zwischen etwa 30 und 55%). Hauptprädiktor für einen Rückfall waren psychische Probleme. (Álvarez Gutiérrez et al. 2016) [0, moderat]
- Aufgrund der Ergebnisse des Tabakmonitorings (Keller et al. 2011) kann hochgerechnet werden, dass in der Schweiz rund jeder fünfte Rauchstoppversuch erfolgreich ist.⁵⁰

the control group. The authors urge caution, however, in interpreting these results, since the two groups were profoundly different." (Cahill, Perera 2011, 6,7,7)

⁴⁷ We estimated that 2.5% of these quit attempts would result in permanent success, based on previous evidence that about 4% of smokers making an attempt abstain for at least 12 months, 6 and that about 65% of those who achieve 12-month cessation will remain permanently abstinent." (Kotz et al. 2011, 302)

⁴⁸ „At 4 weeks, 39.2% (95% CI, 34.0% to 44.4%) of the participants in the gradual-cessation group were abstinent compared with 49.0% (CI, 43.8% to 54.2%) in the abrupt-cessation group (relative risk, 0.80 [CI, 0.66 to 0.93]). At 6 months, 15.5% (CI, 12.0% to 19.7%) of the participants in the gradual-cessation group were abstinent compared with 22.0% (CI, 18.0% to 26.6%) in the abrupt-cessation group (relative risk, 0.71 [CI, 0.46 to 0.91]). Participants who preferred gradual cessation were significantly less likely to be abstinent at 4 weeks than those who preferred abrupt cessation (38.3% vs 52.2%; P = 0.007).“ (Lindson-Hawley 2016, 585)

⁴⁹ „At the time of the 10-year follow-up, 50.5% (N=185) of patients reported that they were abstinent and 11.7% (N=43) were UCA; 0.8% (N=3) did not respond. Seventy-seven patients (21%) stated that they had resumed smoking (relapse), and the remaining patients could not be contacted (N=49, 13.4%) or had died (N=9, 2.5%).“ (Álvarez Gutiérrez et al. 2016, o.S.)

⁵⁰ In der Schweiz rauchen etwa 25% der erwachsenen Bevölkerung, was im 2016 ca. 1.81 Mio. Menschen ab 15 Jahren entspricht. Rund 20% sind Ex-Rauchende (Keller et al. 2011), also rund 350'000 Personen. Etwa jede/r vierte Raucher (24%) macht jedes Jahr einen Rauchstopp (Kuendig et al. 2016). Bei rund 1.81 Mio. Rauchenden in der Schweiz würde dies rund 434'400 Personen entsprechen, die jährlich einen Rauchstopp machen. Aufgrund der Zahlen aus dem Tabakmonitoring kann hochgerechnet werden, dass jedes Jahr etwa 4.7% der Rauchenden erfolgreich mit dem Rauchen aufhören (10'046 Befragte, davon 2'686 Raucher (gewichtet, 27%), und 1933 Ex-Rauchende (20%). Von den Ex-Rauchenden haben 632 in den letzten 5 Jahren aufgehört, also etwa 126 pro Jahr. 126 auf 2686 Raucher ergibt 4.7%). Das wären dann rund 85'000 Personen. Die Hochrechnung lässt auch schätzen, dass etwa jeder fünfte Rauchstopp erfolgreich ist (24% machen einen Rauchstopp jährlich, 4.7% einen erfolgreichen).

Weitere Erkenntnisse

- Es wurden in der beachteten Literatur keine Hinweise darauf gefunden, dass erfolglose Rauchstoppversuche die Motivation für weitere Rauchstopps senken.
- 68.7%, die einen Rauchstopp machen, haben für mind. einen Monat aufgehört, 15.5% mind. ein Jahr – also erfolgreicher Rauchstopp.⁵¹ (Borland, Partos 2012) (Hinweis: Es ist allerdings anzunehmen, dass kürzere Rauchstopps schlechter erinnert werden.)

Empfehlungen aus breit abgestützten Studien

- Da sehr viele letztlich erfolglose Aufhöraktivitäten beobachtet werden können, muss mehr Aufmerksamkeit der Frage gewidmet werden, wie es gelingen kann, diese Aufhöraktivitäten für eine nachhaltige Rauchfreiheit zu nutzen.⁵² (Borland/Partos et al. 2012)

Fazit

- Einer Rauchfreiheit gehen in der Regel viele kürzere oder längere Rauchstoppversuche (zwischen 5-30 Versuche, je nach Studie) voraus. Rauchstoppversuche können entsprechend als wichtige Schritte in Richtung einer Rauchfreiheit verstanden werden.
- Der Rauchstoppwettbewerb scheint dazu geeignet, eine grosse Anzahl von Rauchenden zu längeren Rauchstopps zu bewegen (zwei Drittel mind. 4 Wochen, ein Drittel mind. ein halbes Jahr).
- Die Zahlen deuten darauf hin, dass Teilnehmende am Rauchstoppwettbewerb eher evidenzbasierte Rauchstopphilfen nutzen als der Durchschnitt von Rauchenden, die einen Rauchstopp machen.
- Die Literatur belegt mehrheitlich deutlich die Evidenz von Rauchstoppwettbewerben.
- Das an Rauchstoppwettbewerben geförderte abrupte Aufhören scheint bezüglich Nachhaltigkeit einem langsameren Reduzieren überlegen zu sein.
- Die Wirkungsbeziehung scheint insgesamt sehr plausibel zu sein. Durch die Teilnahme am Rauchstopp-Wettbewerb (und Rückgriff auf unterschiedliche Unterstützung) wird eine bedeutende Anzahl von Rauchenden für längere Zeit rauchfrei.

7.4.12 WB 14: Einfluss des Rauchstoppevents auf die Rauchstoppversuche in der Bevölkerung

Annahmen

- Der Rauchstopptag hat das Potenzial, messbaren Einfluss auf Rauchstoppversuche in der Bevölkerung zu nehmen.
- Der Rauchstopptag verhilft dazu, sich mindestens einmal jährlich mit dem eigenen Tabakkonsum auseinander zu setzen und einen Rauchstopp in Erwägung zu ziehen.

Risiken

- Der Rauchstopptag ist zu unbedeutend, als dass er auf Bevölkerungsebene einen bedeutenden Einfluss hinterlassen kann
- Wenn der Rauchstopptag nicht jährlich durchgeführt wird, kann auch das Impact-Ziel nicht erreicht werden.

Mögliche alternative Erklärungen

- Andere Präventionsprojekte oder -aktivitäten erhöhen die Anzahl Rauchstoppversuche

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistik
- Evaluation des NRP: Maier/Haug 2016 (Bevölkerungsbefragung zum Rauchstoppevent 2016)

⁵¹ „Among those who reported attempts, only 14.6% were unable to last a week or unable to tell us how long. Over a 5-year period, 68.7% of those starting as smokers had reported quit attempts of at least a month, including 15.5% who met our criteria for being successfully quit.” (Borland/Partos et al. 2012, 5)

⁵² „Smokers think a lot about stopping and make many unsuccessful quit attempts. Many have been able to last for extended periods and yet they still relapsed. More attention needs to be focussed on translating quit-related activity into long-term abstinence.” (Borland/Partos et al. 2012, 1)

- Studien: West/Fidler 2011, Zhu et al. 2012, Kuendig et al. 2013 und 2016 (Suchtmonitoring)

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- In der Bevölkerungsbefragung gaben 1.1% der Befragten (46 Personen) an, rund um den Rauchstopptag versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören. Auf die Gesamtbevölkerung (20-59 Jahre) hochgerechnet wären das 51'563 Personen. Von den 46 Personen, die den Versuch rund um den Rauchstopptag gemacht haben, haben sich nur 4 Personen auch für den Rauchstoppwettbewerb oder den Rauchstopptag angemeldet. (Maier/Haug 2016)
- In der Bevölkerungsbefragung (Maier/Haug 2016) hat sich nicht (signifikant) zeigen lassen, dass rund um den Rauchstopptag mehr Rauchende einen Rauchstopp gemacht haben als in den Wochen danach.⁵³ Weitere Zahlen zum Einfluss des Rauchstoppevents und seiner Begleitmassnahmen auf Bevölkerungsebene gibt es leider nicht.
- 40% der befragten Teilnehmenden des Rauchstoppwettbewerbs 2016 haben im Zusammenhang mit dem Rauchstopp-Wettbewerb häufig mit anderen Leuten in ihrem persönlichen Umfeld über einen Rauchstopp diskutiert. Weitere 31% hatten gelegentlich solche Diskussionen. Insgesamt 29% haben mit ihrem Umfeld selten oder nie über dieses Thema gesprochen. (Link 2017) [+ , moderat]
- Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (48%) hat versucht, im Rahmen des Rauchstopp-Wettbewerbs 2016 andere Personen zu einem Rauchstoppversuch zu bewegen. Im Mittel haben sie versucht, 3.0 Personen zu einem Rauchstopp zu bewegen, waren aber nur bei durchschnittlich 0.9 Personen erfolgreich. Das Potenzial für zusätzliche Rauchstopps liegt also bei rund 43% ($48\% \times 0.9$), was im 2016 rund 800 zusätzlichen Rauchstopps und im 2017 rund 2'250 zusätzlichen Rauchstopps entspricht. (Link 2017) [+ , moderat]

Erkenntnisse aus anderen Studien

- In der ITC-4 Studie (USA, Kanada, UK und Australien) gaben ca. 40% der Befragten Rauchstoppversuche im vorangehenden Jahr an, bei durchschnittlich 2.1 Versuchen. Über die Hälfte dieser Personen gaben an, einen Rauchstopp von mind. 4 Wochen gemacht zu haben, ein Drittel gar über 6 Monate. (Borland/Partos et al. 2012, 5). In einer englischen Studie lag dieser Anteil bei 42.5% (2007) resp. 35.9% (2010). (West/Fidler 2011)
- In den USA hören jedes Jahr mehr als 4% der Rauchenden mit dem Rauchen auf (Rauchstopp > 3 Monate).⁵⁴ (Zhu et al. 2012) [0; eher stark]

Hochrechnungen

- Rund ein Viertel der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren raucht (Kuendig et al. 2013), was im Jahr 2016 rund 1.81 Mio. Personen ergibt.⁵⁵ Im 2016 haben sich 1'889 Personen für den Rauchstoppwettbewerb angemeldet und sich entsprechend für einen Rauchstoppversuch entschieden, im Jahr 2017 5'228 Personen. Bei 1.81 Mio. Rauchenden würde dies 0.1 % (2016) resp. 0.3% (2017) der Rauchenden entsprechen.
- Etwa jede/r vierte Rauchende (24%) macht jedes Jahr einen Rauchstoppversuch (Kuendig et al. 2016), also ca. 434'400 Personen. Die ca. 1'889 am Rauchstoppevent Teilnehmenden entsprechen im Vergleich dazu etwa 0.43% Prozent, die ca. 5'228 Teilnehmenden von 2017 1.2%.

⁵³ „Die zeitliche Nähe zum Weltnichtrauchertag, d.h. die Variable „Befragungswoche“ (Wochen 1-3: 23.6. bis 03.07 vs. Wochen 4-6: 04.07. bis 23.07.) hatte keinen Einfluss auf den Anteil berichteter Rauchstoppversuche. So lag dieser Anteil in den Wochen 1-3 bei 13% und in den Wochen 4-6 bei 14.3%.“ (Maier/Haug 2016, 13)

⁵⁴ „On average, the annual cessation rate (defined as quitting for at least 3 months) for all US smokers over the whole period is 4.4%. From 1991 to 2000, the mean quit rate is 4.7% and from 2001 to 2010 the mean is 4.2%. The two rates are not statistically different.“ (Zhu et al. 2012, 113)

⁵⁵ Laut Suchtmonitoring 2016 waren im Jahr 2016 ca. 25.3% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren Rauchende. (Gmel et al. 2016). Im 2016 zählte die Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren 7.17 Mio. Personen (genaue Zahl: 7'165'219). (BfS). Insgesamt dürften im 2016 hochgerechnet also ca. 1.81 Mio. Personen in der Schweiz geraucht haben.

Fazit

- Ein Rauchstoppevent in der Grössenordnung des Jahres 2016 hat das Potenzial, die Gesamtzahl der Personen, die in einem Jahr einen Rauchstopp machen, um etwa 0.43% zu steigern, ein Rauchstoppevent in der Grössenordnung des Jahres 2017 um etwa 1.23%. Weitere Zahlen zum Einfluss des Rauchstoppevents und seiner Begleitmassnahmen auf Bevölkerungsebene gibt es leider nicht.
- Es kann davon ausgegangen werden, dass der Rauchstoppwettbewerb nicht nur bei den Teilnehmenden, sondern darüber hinaus bei bis zu 43% zusätzlichen Personen zu Rauchstoppversuchen geführt hat.

7.4.13 WB 15: Einfluss des Rauchstoppevents auf die Raucherprävalenz in der Schweiz**Annahmen**

- Der Rauchstopptag hat einen (messbaren) Einfluss auf die Prävalenz des Rauchens in der Schweiz.

Risiken

- Der Rauchstopptag hat nicht das Potenzial für einen messbaren Einfluss auf die Prävalenzraten in der Bevölkerung.
- Es kann kein kausaler Zusammenhang zwischen Rauchstopptag und einer potenziellen Abnahme der Prävalenz in der Schweiz festgestellt werden.

Mögliche alternative Erklärungen

- Wenn die Prävalenzraten in der Bevölkerung zurückgehen, dann hat dies primär andere Ursachen als den Rauchstopptag, z.B. steigende Tabakpreise, Einschränkung von Werbung und Erhältlichkeit, etc.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: 18%
- Studien: Cahill und Perera 2011, WHO Europe 2003

Erkenntnisse aus Studien

- Cahill und Perera haben den Bevölkerungs-Impact für verschiedene Quit-and-Win Studien ausgewiesen. Gemäss den berücksichtigten Studien hört nur eine/r von etwa 500 Rauchenden in der Bevölkerung wegen dem Wettbewerb letztlich dauerhaft mit dem Rauchen auf.⁵⁶ (Cahill und Perera 2011,7). [0, moderat]

Hochrechnung

- Im 2016 haben sich 1'889 Personen für den Rauchstoppwettbewerb angemeldet, im Jahr 2017 5'228 Personen. Wenn davon 32% nach einem halben Jahr noch rauchfrei sind (32% Krebs 2012 resp. 42% Link 2017 – es wird hier vorsichtigerweise von der geringeren Erfolgsrate ausgegangen), sind dies ca. 604 (2016) resp. 1'673 Personen (2017). Bei 1.81 Mio. Rauchenden würde dies 0.03% resp. 0.09% der Rauchenden entsprechen.

Dabei muss davon ausgegangen werden, dass die Rauchfrei-Raten aufgrund von Befragungsdaten überschätzt werden, dass ein Teil der nach 6 Monaten Rauchfreien in der Zwischenzeit wieder mit dem Rauchen begonnen hat und dass ein Teil der befragten rauchfreien Wettbewerbsteilnehmenden auch ohne Rauchstoppwettbewerb mit dem Rauchen aufgehört hätte. Allerdings könnte es durch soziale Ansteckung (im Berichtsteil zu Interventionen bei der Migrationsbevölkerung ausführlicher behandelt) zu weiteren Rauchstopps gekommen sein, was die Relativierungen zum Teil kompensieren könnte: 40% der befragten Personen haben im Zusammenhang mit dem Rauchstopp-Wettbewerb 2016 häufig mit

⁵⁶ Das angegebene Mass baut auf dem Erreichungsgrad der entsprechenden Wettbewerbe auf (die quit rate wird mit dem Erreichungsgrad multipliziert). Drei der fünf Studien messen die Rauchfreiheit nach 12 Monaten, eine nach 7 Monaten und eine nach 4-7 (resp. 3-4) Monaten. (Cahill/Perera 2011, 7)

anderen Leuten in ihrem persönlichen Umfeld über einen Rauchstopp diskutiert. Weitere 31% hatten gelegentlich solche Diskussionen. Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat versucht, im Rahmen des Rauchstopp-Wettbewerbs 2016 andere Personen zu einem Rauchstoppversuch zu bewegen. Im Mittel haben sie versucht, 3.0 Personen zu einem Rauchstopp zu bewegen, waren aber nur bei durchschnittlich 0.9 Personen erfolgreich. Es ist allerdings nicht bekannt, ob diese Personen auch am Wettbewerb teilgenommen haben und wie lange sie mit dem Rauchen aufgehört haben (quantitativ sind diese Effekte nicht abschätzbar).

Fazit

- Das Potenzial des Rauchstoppwettbewerbs zur Reduktion der Raucherprävalenzen in der Schweiz liegt unter 0.1% (bei einem Wettbewerb in der Grössenordnung von 2016 bei max. 0.03 Prozent, bei einem Wettbewerb in der Grössenordnung von 2017 bei max. 0.09%).
- Ein merklicher Rückgang der Prävalenz der Rauchenden in der Schweiz wäre also grösstenteils auf andere Faktoren als auf den Rauchstoppwettbewerb zurück zu führen.

7.5 Synthese

Mit den Rauchstoppevents 2016 und 2017, den einzigen in der aktuellen Programmphase⁵⁷, sollte anlässlich des internationalen Rauchstopptages die breite Bevölkerung für das Thema Tabakprävention und Rauchstopp sensibilisiert und eine möglichst grosse Anzahl von Rauchenden für einen mindestens eintägigen Rauchstopp gewonnen werden. Am Rauchstoppevent 2016 konnten Rauchende an zwei Verlosungen teilnehmen: bei einem mindestens eintägigen Rauchstopp am 'Rauchstopptag' und bei einem mindestens vierwöchigen Rauchstopp am 'Rauchstoppwettbewerb'. Im Jahr 2017 wurde aufgrund der schlechten Erfahrungen mit der Doppelstrategie nur noch der 'Rauchstoppwettbewerb' durchgeführt.

7.5.1 Rekrutierungswege

Die Rekrutierung für die Teilnahme an den Wettbewerben erfolgte über unterschiedliche Kanäle: über Betriebe, über medizinische Fachpersonen und Praxen, über kantonale und lokale Akteure der Tabakprävention, über traditionelle Medien und 'social media', über Aushänge in der Öffentlichkeit und über das Projekt für die türkisch- und albanisch-sprachige Migrationsbevölkerung. Das Projekt Rauchstoppevent nutzte zur Rekrutierung von Teilnehmenden zudem gezielt die Synergien mit den anderen Projekten des Rauchstopp-Programms und mit Projekten von Dritten (u.a. mit den Projekten 'Frau und Herz' und 'Unternehmen rauchfrei'). Jeder der Hauptrekrutierungskanäle leistete einen bedeutenden Beitrag an die Gesamt-Teilnehmendenzahl.

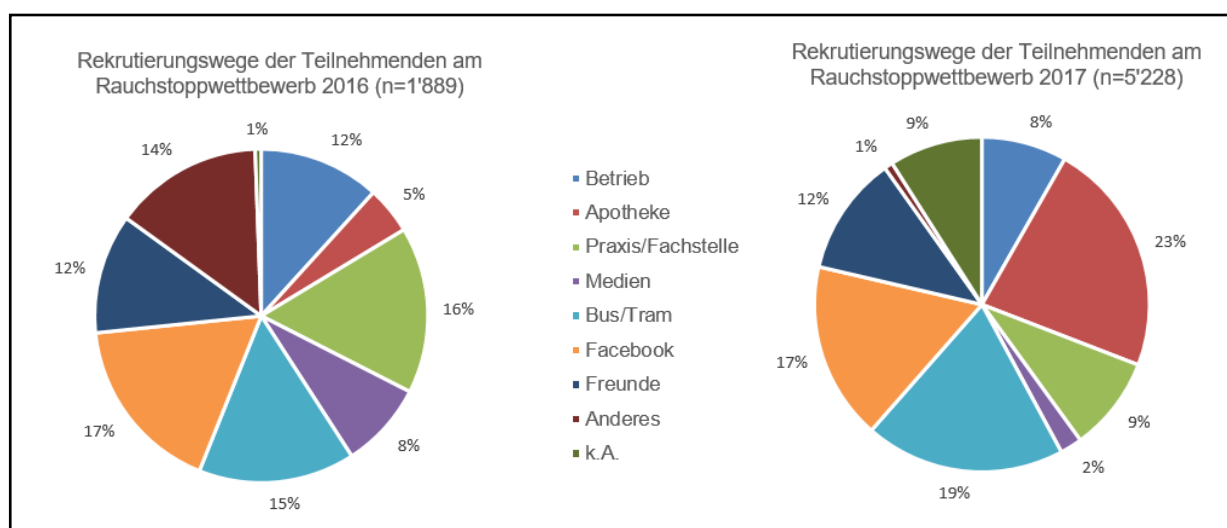


Abb. 10 Rekrutierungswege Rauchstoppwettbewerbe

7.5.2 Akquisition über Betriebe

Vgl. die entsprechenden Leistungs- und Wirkungsziele sowie die Wirkungsbeziehungen 1 und 11

Es ist generell schwierig, Betriebe für ein Engagement zum Thema Rauchstopp zu motivieren, da es sich um ein aus Betriebssicht sehr spezifisches Thema handelt, das in Konkurrenz zu vielen anderen Themen steht. Es wurde entschieden, bei den beiden Rauchstoppwettbewerben 2016 und 2017 auf einen Grossversand an Betriebe zu verzichten, da erfahrungsgemäss solche Schreiben kaum beachtet werden. Das entsprechende, hoch angesetzte Leistungsziel (4'500 Materialversände) wurde durch die Strategieänderung obsolet und konnte deshalb nicht erreicht werden. Es wurden primär Betriebe angeschrieben, zu denen bereits Kontakte bestanden oder aber Betriebe ausgewählt, die sich bereits in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagierten (z.B. Betriebe, die über Gesundheitsmanagement-Beauftragte verfügen). Es ist durch diese

⁵⁷ Aufgrund von Budgetkürzungen konnte im 2015 kein Rauchstoppevent durchgeführt werden.

gezielte Kontaktaufnahme mit insgesamt 183 (2016) resp. 107 (2017) Betrieben gelungen, ein knappes Drittel der kontaktierten Betriebe zum Mitmachen zu gewinnen (59 Betriebe im 2016 und 33 im 2017). Im 2016 gaben 221 (12%) Wettbewerbs-Teilnehmende an, über den Betrieb vom Wettbewerb gehört zu haben, 2017 waren es 430 Personen (8%). Unter der Annahme, dass sich ca. 1% der in Betrieben angesprochenen Rauchenden zum Rauchstoppwettbewerb angemeldet haben (Annahme der Programmleitung aufgrund von Erfahrungen), muss der Event unter rund 22'000 Mitarbeitenden (2016) respektive 43'000 (2017) bekannt gemacht worden sein – die entsprechenden Ziele wären damit erreicht worden. Einzelne Betriebe sind über die blossе Verbreitung der Informationen zum Rauchstoppevent hinaus aktiv geworden⁵⁸, allerdings ohne eigene Anreizsysteme oder grössere Aktionen zum Rauchstoppevent umzusetzen.

Die Promotion des Rauchstoppwettbewerbs über Betriebe kann als erfolgreich eingestuft werden. Die Rekrutierung war intensiv, hat sich aber bewährt. Mit 13% (2016) resp. 8% (2017) über Betriebe rekrutierte Wettbewerbsteilnehmenden leistet dieser Akquisitionsweg einen wichtigen Beitrag an die Gesamtzielerreichung.

7.5.3 Akquisition über medizinische Fachpersonen

Vgl. die entsprechenden Leistungs- und Wirkungsziele sowie die Wirkungsbeziehungen 2 und 10

Im November/Dezember 2015 wurden sämtliche Grundversorger/-innen, Gynäkolog/-innen und Pneumolog/-innen in freier Praxis, Zahnarztpraxen und Apotheken angeschrieben. Insgesamt wurden über 15'000 Adressen bedient. Ziel dieses Mailings war einerseits die Rekrutierung von Multiplikator/-innen für den Rauchstoppevent 2016, andererseits aber auch die Information über die einzelnen Angebote/Materialien und die Rauchstopplinie. Der Rücklauf lag mit 3 % allerdings unter den Erwartungen (10%). Im Vorfeld des Wettbewerbs 2016 wurden nur Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung und Apotheken mit Wettbewerbsmaterialien beliefert, bei denen bereits ein enger Kontakt zum Nationalen Rauchstopp-Programm bestand. Das entsprechende Leistungsziel (4'000 Dispenser verteilt und weitere 10'000 Multiplikatoren beliefert) konnte aufgrund dieses Strategiewechsels nicht erreicht werden. Insgesamt wurden 2'620 Fachpersonen mit einem Dispenser mit 50 Wettbewerbskarten und etwas über 7'500 zusätzliche Fachpersonen mit Brief, Anmeldekarten und Bestelltalon beliefert. In früheren Jahren wurden jeweils doppelt so viele Apotheken mit Dispensern und drei Mal so viele Ärztinnen und Ärzte mit einem Brief und 5 Anmeldekarten bedient. Einerseits ist davon auszugehen, dass dadurch insbesondere einige Apotheken am Rauchstoppevent nicht mitgemacht haben, die sich sonst beteiligt hätten. Andererseits dürfte durch das gezielte Beliefern von Apotheken und Praxen, die mit dem Nationalen Rauchstopp-Programm in Kontakt stehen, weniger Streuverlust als früher entstanden sein und es ist eher wahrscheinlich, dass die erhaltenen Dispenser auch tatsächlich aufgestellt wurden. Im 2017 wurden die Praxen und Apotheken wieder breiter angeschrieben (mit Paketen wurden rund 3700 Apotheken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen beliefert, mit Brief, Wettbewerbskarten, Plakat und Bestellschein rund 15'300 Adressen). Die Anzahl (zusätzlicher) Bestellungen von Apotheken und Praxen lag allerdings auch in diesem Jahr unter dem anvisierten Ziel.

Parallel zum Rauchstopptag wies die «Frau und Herz»-Kampagne der Herzstiftung in ca. 400 Apotheken auf den Rauchstopptag hin. Weitere Kampagnen gab es in den Kantonen Wallis, Baselland und Baselstadt mit den kantonalen Apotheken-Verbänden. Ansonsten sind keine anderen Versände oder Kooperationen bekannt; der Grossteil der erreichten Wettbewerbsteilnehmenden dürfte auf die Aktivitäten des NRP zurückzuführen sein.

Auch die Verbreitung von Rauchstopp-Infomaterial über die Multiplikator/-innen im Gesundheitsbereich (Praxen, Apotheken, Fachstellen) darf insgesamt als erfolgreich bewertet werden, da über diesen Weg im

⁵⁸ Beispiele aus dem Jahr 2016: In zwei Betrieben (Post und SBB Standorte in Bern) war der Fotoautomat von SmokeFree unterwegs, Fenaco bedruckte die Anmeldekarten mit eigenem Logo, Credit Suisse gestaltete den Auftritt passend zu ihrer internen Kommunikation im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, mehrere Betriebe vertrieben mehrere Hundert Anmeldekarten an mehreren Standorten.

2016 etwas mehr als 20% und im 2017 rund 30% der Teilnehmenden des Rauchstoppwettbewerbs (und Rauchstopptags) rekrutiert werden konnten.⁵⁹

7.5.4 Akquisition über kantonale Partner

Vgl. die entsprechenden Leistungs- und Wirkungsziele sowie die Wirkungsbeziehungen 3 und 9

Mit fast allen Akteuren der Tabakprävention bestehen langjährige Zusammenarbeiten rund um den Rauchstoppevent. Auch in den Jahren 2016 und 2017 wurden diese Partner (kantonale Tabakpräventionsprogramme, Gesundheitsligen, kantonale Fachstellen etc.) kontaktiert und für eine Beteiligung angefragt.

Lokale und kantonale Partnerorganisationen waren in beiden Jahren stark in die Promotion des Rauchstoppevents involviert, insgesamt haben sich Akteure in 21 Kantonen und im Fürstentum Liechtenstein an der Promotion der Rauchstoppwettbewerbe beteiligt, das entsprechende Ziel konnte deutlich übertroffen werden. Die lokalen und kantonalen Partnerorganisationen haben insgesamt fast ein Drittel der Anmeldekarten vertrieben und zwar über unterschiedliche Kanäle (Betriebe, Apotheken, Praxen, Fachstellen etc.)⁶⁰.

7.5.5 Rauchstoppwettbewerb und Rauchstopptag

Vgl. die Ziele zur Bekanntheit und zur Beteiligung am Rauchstopptag

Der Rauchstopptag (resp. der Rauchstoppwettbewerb) ist in der rauchenden Bevölkerung generell gut bekannt, rund die Hälfte der im Jahr 2016⁶¹ befragten Rauchenden (49.3%) gab an, den Tag zu kennen. Das entsprechende Bekanntheitsziel (40-60%) wurde damit erreicht. Obwohl fast jede/r zweite Rauchende angegeben hat, schon einmal vom Rauchstopptag (resp. vom Rauchstoppwettbewerb) gehört zu haben, konnten nur 5.3% dieser Rauchenden den 31. Mai als Durchführungstag nennen, weitere 7.8% konnten sich erinnern, dass der Tag im Mai oder Juni stattgefunden hat. Von allen befragten Rauchenden konnten demnach nur rund 6% das genaue oder ungefähre Datum angeben.

Im 2016 hatten sich 1'889 Personen für den Rauchstoppwettbewerb (mind. 4-wöchiger Rauchstopp) eingetragen. Die Teilnehmendenzahlen beim Rauchstoppwettbewerb hatten sich im 2016 gegenüber den Vorjahren etwa halbiert⁶², wobei der Rückgang in der Romandie deutlich geringer ausgefallen war als in der Deutschschweiz (1/3 gegenüber 2/3 in der D-CH und 3/4 in der I-CH)⁶³. Dies könnte damit zusammenhängen, dass es in der Romandie und im Tessin prozentual deutlich mehr Apotheken gibt als in der Deutschschweiz und im 2016 in der Romandie entsprechend prozentual mehr Apotheken mit Material beliefert wurden.⁶⁴

Mit der neuen Möglichkeit im 2016, sich für einen eintägigen Rauchstopp anzumelden (als niederschwellige Alternative zum vierwöchigen Rauchstoppwettbewerb, ebenfalls mit der Möglichkeit, einen Preis zu

⁵⁹ Dazu könnten einige Prozentpunkte hinzugerechnet werden, die über Freunde auf den Wettbewerb aufmerksam wurde, welche durch Multiplikator/-innen aus dem Gesundheitsbereich auf den Wettbewerb aufmerksam geworden sind.

⁶⁰ 2016 waren es 30%, 2017 27%. 2017 wurden insgesamt 110'000 Karten mehr gedruckt. Der Grossteil davon wurde national vertrieben.

⁶¹ Diese Bevölkerungsbefragung wurde nur im 2016 durchgeführt.

⁶² 2013: 3'634, 2014: 3'949, im 2015 gab es keinen Rauchstoppevent.

⁶³ Zahlen D-CH: 2013 – 2'125 TN, 2014 – 2'505 TN, 2016 – 916 TN
Romandie: 2013 – 1'289 TN, 2014 – 1'262 TN, 2016 – 852 TN

⁶⁴ Pro Kopf gibt es insgesamt mehr Apotheken in der Westschweiz und im Tessin als in der deutschen Schweiz: D-CH 51% Anteil Apotheken bei einem Bevölkerungsanteil von ca. 71%. F-CH 39% Anteil Apotheken bei einem Bevölkerungsanteil von ca. 25%. I-CH 10% Anteil Apotheken bei einem Bevölkerungsanteil von ca. 4%. In der D-CH wurden im 2016 488 Apotheken mit Material beliefert, in der Romandie: 280 Apotheken. In der Romandie leben allerdings nur rund 25% der Schweizer Bevölkerung.

gewinnen), wurde versucht, eine breitere Gruppe von vergleichsweise weniger entschlossenen Rauchenden für einen Rauchstopp zu motivieren. Dieses Konzept hatte sich nicht bewährt. Es hatten sich schweizweit nur 134 Personen für diesen Tag angemeldet, die sich nicht gleichzeitig auch für den Rauchstoppwettbewerb eingetragen hatten⁶⁵. Neben den Verlosungen zum Rauchstoppwettbewerb und zum Rauchstopptag gab es zusätzlich einen Fotowettbewerb, der über facebook lanciert wurde. Diese Mehrspurigkeit bei der Bewerbung des Rauchstoppevents, verbunden mit der damit verbundenen Reduktion der Preisgelder bei den einzelnen Verlosungen, hatte eine klare Kommunikation erschwert und dürfte mit ein Grund für die tieferen Teilnehmendenzahlen gewesen sein.

Im Jahr 2017 wurde wie in den Jahren vor 2016 nur eine Verlosung durchgeführt und die Apotheken wurden wieder breiter angeschrieben. Diese Umstellungen scheinen sich auszahlt zu haben. Bei den Teilnehmendenzahlen wurde eine neue Rekordzahl von 5'228 Personen erreicht.

7.5.6 Information

Vgl. das Leistungsziel zur Verbreitung von Informationen, das Wirkungsziel zur Nachfrage nach Information und Unterstützung, das Wirkungsziel zum Wissen zu Rauchstopphilfen sowie die Wirkungsbeziehungen 4, 5, 7 und 8

Alle Personen, die sich für den Wettbewerb oder den Rauchstopptag eingeschrieben hatten (2016 Total 2023 Personen) erhielten zwischen 2 - 5 Newsletter vor dem Start des Wettbewerbs (je nach Zeitpunkt der Anmeldung). Nach dem Wettbewerbsstart erhielten sie mind. wöchentlich einen Newsletter und wurden immer auch auf die Facebookseite zum Rauchstoppwettbewerb aufmerksam gemacht. 64% der Teilnehmenden im 2016 beurteilten das zugestellte Informationsmaterial als ‚sehr nützlich‘ oder ‚eher nützlich‘ und 49 Prozent der Wettbewerbs-Teilnehmenden haben etwa die Hälfte oder mehr vom zugestellten Infomaterial gelesen (Link 2017).⁶⁶

Der Rauchstoppevent (mit Wettbewerb und Rauchstopptag) führte nachvollziehbar zu einer erhöhten Nachfrage nach Information und Unterstützung bei den Wettbewerbsteilnehmenden. Die Webstatistik zeigt, dass die Downloads von rauchstoppspezifischen Materialien rund um den Rauchstopptag stark zugenommen hatten und z.B. 1'155 Besucher/-innen der Wettbewerbsseite im 2016 resp. 2'038 Besucher/-innen im 2017⁶⁷ auf entsprechende Informationsseiten zur AT-Schweiz Webseite gelangt sind. Zudem hatten im 2016 23% und im 2017 22% der Wettbewerbsteilnehmenden bei der Anmeldung gewünscht, von der Rauchstopplinie beraten zu werden. Das waren im 2016 rund 430 und im 2017 rund 1'125 Personen, die so potenziell⁶⁸ für Beratungen der Rauchstopplinie gewonnen werden konnten. Allerdings konnte das gesetzte Ziel, dass 20% der Teilnehmenden von der Rauchstopplinie beraten werden, nicht erreicht werden. Es hatten zwar jeweils mehr als 20% bei der Anmeldung einen entsprechenden Bedarf angegeben und diese Personen wurden von der Rauchstopplinie auch telefonisch kontaktiert, aber nicht in allen Fällen ist daraus eine Beratung entstanden (in rund der Hälfte der Fälle resultierte mehr als ein Gespräch).

7.5.7 Rauchstoppversuche und Rauchfreiheit

Vgl. die Wirkungsziele zu den Rauchstoppversuchen und zur Rauchfreiheit sowie die Wirkungsbeziehungen 6, 12, 13

Durch die Teilnahme am Rauchstopp-Wettbewerb und durch die gleichzeitige Inanspruchnahme von unterschiedlichen Unterstützungsformen und Entwöhnungshilfen wurde eine bedeutende Anzahl von

⁶⁵ Von 1'889 Wettbewerbsteilnehmenden haben sich 1'389 auch für den Rauchstopptag angemeldet.

⁶⁶ 27% haben alles gelesen oder fast alles (im 2011: 40%), 9% das meiste (im 2011: 8%), 13% etwa die Hälfte (im 2011: 14%), 9% weniger als die Hälfte (im 2011: 10%), 20% fast nichts (im 2011: 15%) und 18% (im 2011: 12%) überhaupt nichts. 3% (im 2011: 1%) wissen es nicht mehr. (Link 2017, Krebs 2012)

⁶⁷ Jeweils im Zeitraum zwischen Februar und Juni. Es werden nur solche gezählt, die mindestens 60 Sekunden auf der Webseite verblieben sind.

⁶⁸ Erfahrungsgemäss kommt es nicht bei allen zu einer Beratung, da die Personen nicht immer einfach zu erreichen sind. Die Beratungspersonen der Rauchstopplinie versuchen zwischen 3 bis 5 Mal, die Personen zu erreichen.

Rauchenden für längere Zeit rauchfrei. Gemäss Selbstangaben waren jeweils ein Monat nach Ablauf des Rauchstoppwettbewerbs sowohl im 2016 als auch im 2017 mindestens 43% der Teilnehmenden rauchfrei⁶⁹, in der Befragung nach 6 Monaten gaben im 2016 73% an, 4 Wochen nicht geraucht zu haben (zum Rauchstoppwettbewerb 2017 wurde diese Nachbefragung nicht mehr gemacht). Zur längerfristigen Rauchfreiheit gibt es Zahlen aus Nachbefragungen zu den Rauchstoppwettbewerben 2011 und 2016. Im 2011 lag der Anteil der Wettbewerbsteilnehmenden, die angegeben haben, nach 6 Monaten rauchfrei zu sein, bei 32%, im 2016 bei 42%. Wenn die konservativeren 32% als Referenz genommen werden, so kann davon ausgegangen werden, dass es ein Drittel der Wettbewerbsteilnehmenden schafft, mindestens 6 Monate lang rauchfrei zu bleiben. Das waren im 2016 rund 600 Personen, im 2017 rund 1'700 Personen. Die Evidenzen zur Wirksamkeit von Quit and Win Interventionen sind uneinheitlich (Cahill/Perera 2011), belegen aber mehrheitlich die Wirksamkeit von Rauchstoppwettbewerben. Internationale Studien gehen von durchschnittlichen Erfolgsraten (> 1 Jahr rauchfrei) von Rauchstoppwettbewerben von rund 20% aus. Die Zielvorgaben zu den Rauchstoppversuchen und der Rauchfreiheit durch den Rauchstoppevent konnten dank den hohen Teilnehmendenzahlen im 2017 (5'228 Teilnehmende) in absoluten Zahlen erreicht werden.

Es ist nicht möglich, den Beitrag von (neuem) Wissen zu erfolgten Rauchstopps und zur Rauchfreiheit bestimmen zu können. In gängigen gesundheitspsychologischen Theorien und Modellen, die auch im Bereich des Rauchstopps verwendet werden, erscheint Wissen (zu Gesundheitsfolgen des Rauchens, zu Unterstützungsangeboten etc.) zwar in der Regel nicht explizit als beeinflussender Faktor für eine entsprechende Verhaltensänderung, aber als integraler Bestandteil anderer Faktoren wie z.B. der Risikowahrnehmung im HAPA-Modell. In aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zur Rauchstoppunterstützung (z.B. AWMF 2015, ENSP 2012; Fiore 2008) wird die Wissensvermittlung (z.B. zur Schädlichkeit des Rauchens oder zu den Vorteilen des Nichtrauchens) kaum explizit erwähnt (Ausnahme ENSP 2012, 48) dürfte aber Teil der empfohlenen (Kurz-) Beratungen sein. Da anzunehmen ist, dass die negativen Folgen des Tabakkonsums zumindest in groben Zügen bekannt sind, dürfte es bei der Vermittlung von Wissen eher um handlungspraktische Aspekte gehen (Unterstützungsangebote, praktische Tipps, Entwöhnungshilfen etc.), wie sie das NRP in seinen Informationen zum Rauchstopp vermittelt. Angesichts bekannter wissenschaftlicher Theorien und Modelle (vgl. Scholz & Lüscher 2016) und evidenzbasierter Leitlinien scheint die Wissensdimension im Wirkungsmodell zum Rauchstoppevent eine zu prominente Stellung einzunehmen. Andere Faktoren, welche im Modell nicht explizit aufgeführt sind, scheinen mindestens ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger zu sein (z.B. professionelle und soziale Unterstützung, Entwöhnungshilfen).

Die verfügbaren Angaben aus der Webstatistik sowie aus Rückmeldungen und Befragungen der Teilnehmenden zeigen, dass Wettbewerbsteilnehmende beim Rauchstopp auf weitere Informationen und Unterstützung zurückgegriffen haben und dass die Rauchstoppwettbewerbe dazu beigetragen haben, dass evidenzbasierte Entwöhnungshilfen genutzt wurden. Der Anteil der Wettbewerbsteilnehmenden, die beim Rauchstoppversuch Entwöhnungshilfen in Anspruch nahmen, war mit zwei Dritteln rund doppelt so hoch wie bei durchschnittlichen Rauchstoppversuchen (vgl. Suchtmonitoring, Kuendig et al. 2014⁷⁰). Mehr als ein Viertel der Wettbewerbsteilnehmenden im 2016 verwendeten Medikamente, am häufigsten nikotinhaltige Präparate wie Pflaster, Kaugummi oder Tabletten (21%), aber auch Champix (5%) und Zyban (<1%, 1 Person). Neben dieser erhöhten Inanspruchnahme evidenzbasierter Hilfen zeichnen sich die Rauchstoppwettbewerbe dadurch aus, dass sie abruptes Aufhören fördern, was bezüglich Nachhaltigkeit einem langsameren Reduzieren überlegen zu sein scheint (Lindson-Hawley 2016, Cahill/Perera 2011, 9).

⁶⁹ Wobei hier alle, die nicht geantwortet hatten (37% der Teilnehmenden), automatisch der Kategorie „nicht erfolgreich“ zugeordnet wurden. Erfahrungsgemäss ist diese Einschätzung zu konservativ.

⁷⁰ «34.3% des répondants disaient avoir fait usage d'au moins une aide à la désaccoutumance» Kuendig et al. 2014, 36.

7.5.8 Potenzial zur Beeinflussung der Raucherprävalenzen in der Schweiz

Rund ein Viertel der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren raucht (Gmel et al. 2016), was im Jahr 2016 rund 1.81 Mio. Personen entsprach.⁷¹ Im Jahr 2016 haben sich 1'889 Personen für den Rauchstoppwettbewerb angemeldet und sich entsprechend für einen Rauchstoppversuch entschieden, im 2017 5'228 Personen. Bei 1.81 Mio. Rauchenden würde dies 0.1 % (2016) resp. 0.3% (2017) der Rauchenden entsprechen. Insgesamt macht etwa jede/r vierte Rauchende (24%) jedes Jahr einen Rauchstopp (Kuendig et al. 2016), also ca. 434'400 Personen in der Schweiz. Die ca. 1'889 am Rauchstoppevent Teilnehmenden entsprechen im Vergleich dazu etwa 0.43% Prozent, die 5'228 Teilnehmenden aus dem Jahr 2017 1.2%. Ein Rauchstoppevent in der Grössenordnung der Jahre 2016 resp. 2017 hat also das Potenzial, die Gesamtzahl der Personen, die in einem Jahr einen Rauchstopp machen, um 0.43% resp. 1.2% zu steigern. Mit den vorliegenden Daten kann das Potenzial über diese Teilnehmenden hinaus nicht beurteilt werden. In der Bevölkerungsbefragung (Maier/Haug 2016) hat sich beispielsweise nicht (signifikant) zeigen lassen, dass rund um den Rauchstopptag mehr Rauchende einen Rauchstopp gemacht haben als in den Wochen danach.⁷² Weitere Zahlen zum Einfluss des Rauchstoppevents und seiner Begleitmassnahmen auf Bevölkerungsebene gibt es leider nicht.

Ausgehend von den ca. 1.81 Mio. Rauchenden in der Schweiz, von 1'889 resp. 5'228 Teilnehmenden am Rauchstoppwettbewerb, und unter der Annahme, dass ca. 1/3 der Teilnehmenden auch nach 6 Monaten noch rauchfrei ist (32% ergeben 604 resp. 1'673 Personen), hat der Rauchstoppwettbewerb 2016 über seine Teilnehmenden das Potenzial zur Reduktion des Raucheranteils von ca. 0.03 Prozenten, der Rauchstoppwettbewerb von 2017 zur Reduktion von rund 0.09 Prozenten. Ein merklicher Rückgang der Prävalenz der Rauchenden in der Schweiz wäre also grösstenteils auf andere Faktoren als auf den Rauchstoppwettbewerb zurück zu führen. Es kann nicht abgeschätzt werden, wie viele der erfolgreichen Wettbewerbsteilnehmenden auch ohne den Rauchstoppwettbewerb rauchfrei geworden wären.

7.5.9 Über- und Unterschätzung des Wirkungspotenzials

Es gibt einige Argumente, die für eine Überschätzung des dargelegten Wirkungspotenzials sprechen:

- **Rückfälle:** Ein Teil der nach 6 Monaten Rauchfreien dürfte in der Folgezeit wieder mit dem Rauchen begonnen haben.
- **Auch ohne Teilnahme rauchfrei:** Ein Teil der Rauchfreien hätte wohl auch ohne Rauchstoppwettbewerb mit dem Rauchen aufgehört.

Gleichzeitig gibt es auch Argumente, die für eine Unterschätzung des Gesamtwirkungspotenzials sprechen:

- **Soziale Ansteckung:** 40% der befragten Personen haben im Zusammenhang mit dem Rauchstopp-Wettbewerb 2016 häufig mit anderen Leuten in ihrem persönlichen Umfeld über einen Rauchstopp diskutiert, weitere 31% hatten gelegentlich entsprechende Diskussionen. Es ist anzunehmen, dass solche Diskussionen auch andere Personen darin bestärken haben, mit dem Rauchen aufzuhören. Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat nach eigenen Angaben versucht, im Rahmen des Rauchstopp-Wettbewerbs 2016 andere Personen zu einem Rauchstoppversuch zu bewegen. Im Mittel haben sie versucht, 3.0 Personen zu einem Rauchstopp zu bewegen, waren aber nur bei durchschnittlich 0.9 Personen erfolgreich. Es kann entsprechend davon ausgegangen werden, dass der Rauchstoppwettbewerb nicht nur bei den Teilnehmenden, sondern darüber hinaus bei bis zu 43% zusätzlichen Personen zu Rauchstoppversuchen geführt hat. Es ist aber weder

⁷¹ Laut Suchtmonitoring 2016 waren im Jahr 2016 ca. 25.3% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren Rauchende. (Gmel et al. 2016). Im 2016 zählte die Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren 7.17 Mio. Personen (genaue Zahl: 7'165'219). (BfS). Insgesamt dürften im 2016 hochgerechnet also ca. 1.81 Mio. Personen in der Schweiz geraucht haben.

⁷² „Die zeitliche Nähe zum Weltnichtrauchertag, d.h. die Variable „Befragungswoche“ (Wochen 1-3: 23.6. bis 03.07 vs. Wochen 4-6: 04.07. bis 23.07.) hatte keinen Einfluss auf den Anteil berichteter Rauchstoppversuche. So lag dieser Anteil in den Wochen 1-3 bei 13% und in den Wochen 4-6 bei 14.3%.“ (Maier/Haug 2016, 13)

- bekannt, ob diese Personen auch am Wettbewerb teilgenommen haben, noch wie lange sie mit dem Rauchen aufgehört haben.
- **Erfolgreiche Rauchstoppversuche als Zwischenschritte für eine spätere Rauchfreiheit:** 72% der Rauchenden, welche bei der Nachbefragung 6 Monate nach dem Wettbewerb 2016 noch geraucht haben, gaben an, dass sie einen (33%) oder mehrere (39%) Rauchstoppversuche unternommen haben, in 36% der Fälle einen Rauchstopp von mind. 4 Wochen. Auch nicht erfolgreiche Rauchstopps sind wichtige Schritte auf dem Weg in eine Rauchfreiheit, in den seltensten Fällen ist der erste Rauchstoppversuch erfolgreich.

7.5.10 Kosten und Nutzen des Rauchstoppwettbewerbs

Ergänzend zur Contribution Analysis wurde im Rahmen der Evaluation des NRP auch eine Kosten-Nutzen Analyse zum Rauchstoppwettbewerb 2016 durchgeführt (Infraconsult 2016). Diese Analyse hat für den Rauchstoppwettbewerb 2016 mit 1'889 Teilnehmenden die folgenden Ergebnisse ermittelt:

- **Kosten pro rauchfreien Tag:** Rauchstoppwettbewerb 2016: 1'889 Teilnehmende, wovon 444 dauerhaft rauchfrei bleiben.
Kosten: 535'000 CHF (ohne Evaluation 445'000 CHF).
- Die **Kosten pro rauchfreien Tag** belaufen sich bei einem einjährigen Betrachtungszeitraum auf 2.19 CHF pro Teilnehmer/in (ohne Kosten der Evaluation auf 1.82 CHF).
Zum Vergleich: Für das Projekt mit der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung „Tiryaki Kukla“ wurden je nach Bezugsgrösse Kosten von 0.66 - 2.76 CHF pro rauchfreiem Tag ermittelt (vgl. auch Arnold et al. 2013 a).
- **Nicht verlorene bzw. gewonnene Lebensjahre:** Anhand von tabakbedingten DALYs (Masszahl für durch Tod oder Krankheit verlorene gesunde Lebensjahre) wurden die durch Rauchverzicht nicht verlorenen bzw. gewonnenen Lebensjahre ermittelt. Bezogen auf sämtliche Wettbewerbs-teilnehmende sind das insgesamt 1'327 Jahre bzw. durchschnittlich 0.70 Jahre für die 1'889 Teilnehmenden oder 2.95 Jahre für die 444 Ex-Rauchenden.
- **Gesellschaftliche Kosten:** Die tabakbedingten gesellschaftlichen Kosten setzen sich zusammen aus direkten (Patientenbehandlung), indirekten (Produktionsausfälle) und intangiblen (Verlust an Lebensqualität) Kosten. Sie belaufen sich in der Schweiz jährlich auf insgesamt 9.93 Mia. CHF bzw. 6'175 CHF pro Raucher/in.
- **Nutzen bzw. eingesparte Kosten:** Unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Kosten und gewonnenen Lebensjahre resultiert für den Wettbewerb 2016 ein Gesamtnutzen von rund 8.2 Mio. CHF (ohne intangible Kosten 4.7 Mio. CHF, nur direkte Kosten 1.4 Mio. CHF).
- **Return on Investment (ROI):** Je nach berücksichtigten Bezugsgrössen für Kosten (mit/ohne Evaluation) und Nutzen (total, ohne intangible Kosten, nur direkte Kosten) des Wettbewerbs fliesst gemäss ROI-Berechnung für jeden in den Wettbewerb 2016 investierten Franken zwischen CHF 1.67 und CHF 17.42 an die Gesellschaft zurück. Bei jeglicher Kombination der Bezugsgrössen übersteigt der Nutzen des Rauchstoppwettbewerbs somit dessen Kosten. Die rot markierte Spalte zeigt die Berechnungen für die Berücksichtigung der direkten und indirekten Kosten, ohne intangible Kosten. Der ROI liegt bei dieser Berechnung bei 7.73, wenn die Evaluationskosten mit einbezogen werden:

Tabelle 6-2: Kosten, Nutzen und ROI des Rauchstoppwettbewerbs 2016

	nur direkte Kosten	Gesellschaftliche Kosten	
		ohne intan- gible Kosten	Total
Anzahl Wettbewerbsteilnehmende total	1'889	1'889	1'889
Kosten des Wettbewerbs			
Kosten total (in CHF)	535'000	535'000	535'000
Kosten ohne Evaluation (in CHF)	445'000	445'000	445'000
Nutzen bzw. eingesparte Kosten des Wettbewerbs			
Total gesellschaftliche Kosten pro Raucher/in und Jahr (in CHF)	1'077	3'519	6'175
Anzahl durch den Wettbewerb nicht verlorene bzw. gewonnene Lebensjahre	1'327	1'327	1'327
Nutzen bzw. eingesparte Kosten des Wettbewerbs (in CHF)	1'429'549	4'670'740	8'195'202
Return on Investment (ROI) des Wettbewerbs			
mit Wettbewerbskosten total	1.67	7.73	14.32
mit Wettbewerbskosten ohne Evaluation	2.21	9.50	17.42

Quelle: AT Schweiz (2017a, 2017b), BFS (2012, 2015), LINK Institut (2017), Gilpin et al. (1997), Prüss-Üstün et al. (2003), WHO (2017); Berechnungen: IC Infraconsult

7.5.11 Gesamtbeurteilung dieses Interventionsansatzes und Ausblick

Durch die Einbindung von Betrieben, von Multiplikator/-innen aus dem Gesundheitsbereich und von kantonalen und lokalen Partnerorganisationen sowie durch die Nutzung von Synergien mit anderen Projekten ist es gelungen, über 2'000 Rauchende (2016) resp. über 5'000 Rauchende (2017) zu einer Teilnahme am Rauchstoppwettbewerb oder Rauchstopptag und dadurch zur Durchführung eines Rauchstopps zu motivieren. Der Rauchstoppwettbewerb hat eine beachtliche Anzahl von Rauchenden für einen Rauchstoppversuch motivieren und einen Teil davon in die Rauchfreiheit führen können. Auf den Erfolgsquoten des Jahres 2016 und der Vorjahre basierend kann davon ausgegangen werden, dass mithilfe des Rauchstoppwettbewerbs 2016 über 600 Rauchende und mithilfe des Rauchstoppwettbewerbs 2017 rund 1'700 Rauchende das Rauchen längerfristig (mindestens 6 Monate) aufgegeben haben. Die Wettbewerbsteilnehmenden haben zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil auf evidenzbasierte Rauchstopphilfen zurückgegriffen, was die vergleichsweise hohen Erfolgsquoten erklären kann.

Obwohl der Rauchstoppevent eine ansehnliche Anzahl von Rauchenden zu längerer Rauchfreiheit führt, ist sein Wirkungspotenzial auf die Gesamtpopulation der Rauchenden hochgerechnet, bescheiden. Der Rauchstoppevent 2016 hat über die eingeschriebenen Teilnehmenden das Potenzial zur Reduktion von Rauchenden in der Schweiz von etwas über 0.03 Prozenten, der Rauchstoppwettbewerb 2017 ein Potenzial von 0.09 Prozenten. Es ist zwar davon auszugehen, dass der Rauchstoppevent über die Teilnehmenden hinaus wirksam ist, also auch Rauchende sensibilisiert und zu einem Rauchstopp bewegt, die sich nicht für den Wettbewerb einschreiben. Allerdings war dieser Zusatznutzen nicht gross genug, um in der Befragung auf Bevölkerungsebene sichtbar zu werden.

Es kann aufgrund der Ergebnisse empfohlen werden, den Rauchstoppevent auch in Folgejahren wieder durchzuführen. Er eignet sich sehr gut als integrierendes Element sowohl im Nationalen Rauchstopp-Programm als auch darüber hinaus. Er dient den Projekten, die sich an die medizinischen Fachpersonen richten, den Projekten für die Migrationsbevölkerung sowie weiteren Projekten ausserhalb des NRP, als Aufhänger für Sensibilisierungs- und Informationsaktivitäten. Die verschiedenen Rekrutierungswege haben sich bewährt und die Begleitgruppe der Kontributionsanalyse hat sich mehrheitlich dafür ausgesprochen, die Vielfalt der Rekrutierungswege beizubehalten. Allerdings soll darüber nachgedacht werden, wie soziales

Potenzial bei der Rekrutierung von Teilnehmenden stärker genutzt werden kann. Die Begleitgruppe der Contribution Analysis war einstimmig der Meinung, dass soziale Medien bei künftigen Rauchstoppevents stärker genutzt werden sollten. Aufgrund der schlechten Erfahrungen mit der doppelten Verlosung muss empfohlen werden, sich künftig wieder auf den ursprünglichen Rauchstoppwettbewerb zu beschränken. Möglicherweise könnte das Kommunizieren eines 'Rauchstoppmonats' (anstelle des Weltnichtrauchertages) den Bekanntheitsgrad des Events steigern und eine grössere Plattform für Kommunikation und Aktivitäten bieten.

Der Rauchstoppevent war für viele Rauchende ein Anstoss, einen Rauchstoppversuch zu unternehmen. Das Potenzial dieser Teilnahmen sollte möglichst gut genutzt werden. Aufgrund der hohen Nutzung und der guten Beurteilung der Nützlichkeit der Begleitinformationen, welche die Wettbewerbsteilnehmenden erhalten, soll auch künftig rauchstoppspezifisches Wissen vermittelt werden. Gleichzeitig soll die professionelle Unterstützung der Wettbewerbsteilnehmenden weiter gefördert werden und das soziale Potenzial, welches der Rauchstoppevent bietet, besser genutzt werden.

8 Interventionen bei medizinischen Fachpersonen

In diesem Kapitel wird die Interventionsachse 'Interventionen bei medizinischen Fachpersonen' entlang des im Prozess leicht adaptierten Wirkungsmodells beurteilt. Zunächst wird eine grafische Beurteilung der Zielerreichung und der Wirkungsbeziehungen vorgenommen. Das Wirkungsmodell wurde um einige Wirkungsbeziehungen ergänzt, zu denen in der Literatur Evidenzen gefunden wurden (gestrichelte Pfeile). Oft werden in Studien nicht einzelne Zwischenstufen der Wirkungsketten, sondern Zusammenhänge über mehrere Stufen hinweg beurteilt (z.B. Auswirkungen der Interventionen bei medizinischen Fachpersonen auf den Erfolg von Rauchstopps, Wirkungsbeziehung 15 im entsprechenden Modell). Die Erreichung der Leistungs- und Wirkungsziele sowie die Abstützung der Wirkungsbeziehungen resp. Wirkungsannahmen wurden mit folgender Farbgebung beurteilt:

Beurteilung der Zielerreichung

	Ziel vollständig erreicht Kriterien: Alle Sollwerte in allen Detailzielen erreicht.
	Ziel mehrheitlich erreicht Kriterien: a) Ist-Wert nicht tiefer als 25% unter dem Sollwert b) bei mehreren Detailzielen sind mind. die Hälfte der Detailziele vollständig erreicht und die anderen Detailziele mehrheitlich
	Ziel nicht erreicht Kriterien: a) Ist-Wert um mehr als 25% unterschritten, b) bei mehreren Detailzielen sind mehr als die Hälfte mehrheitlich nicht erreicht (Abweichung grösser als 25%)

Beurteilung der Wirkungsbeziehungen

1	Insgesamt starke Evidenz/Hinweise zugunsten der Wirkungsannahme
2	Insgesamt schwache Evidenz/Hinweise zugunsten der Wirkungsannahme
3	Nicht eindeutige Datenlage, z.B. Hinweise sowohl zugunsten als auch gegen die Wirkungsannahme
4	Schwache Evidenz/Hinweise gegen die Wirkungsannahme
5	Starke Evidenz/Hinweise gegen die Wirkungsannahme
6	Aufgrund fehlender Evidenz/Hinweise ist keine Beurteilung möglich

An das Wirkungsmodell schliesst eine Datensammlung entlang der Leistungsziele, Wirkungsziele und Wirkungsbeziehungen (WB1-WB17) an. Danach folgt eine Synthese mit Hinweisen zur Weiterentwicklung des Interventionsansatzes und der Evaluation.

8.1 Grafische Übersicht über die Beurteilung der Ziele und Wirkungsbeziehungen

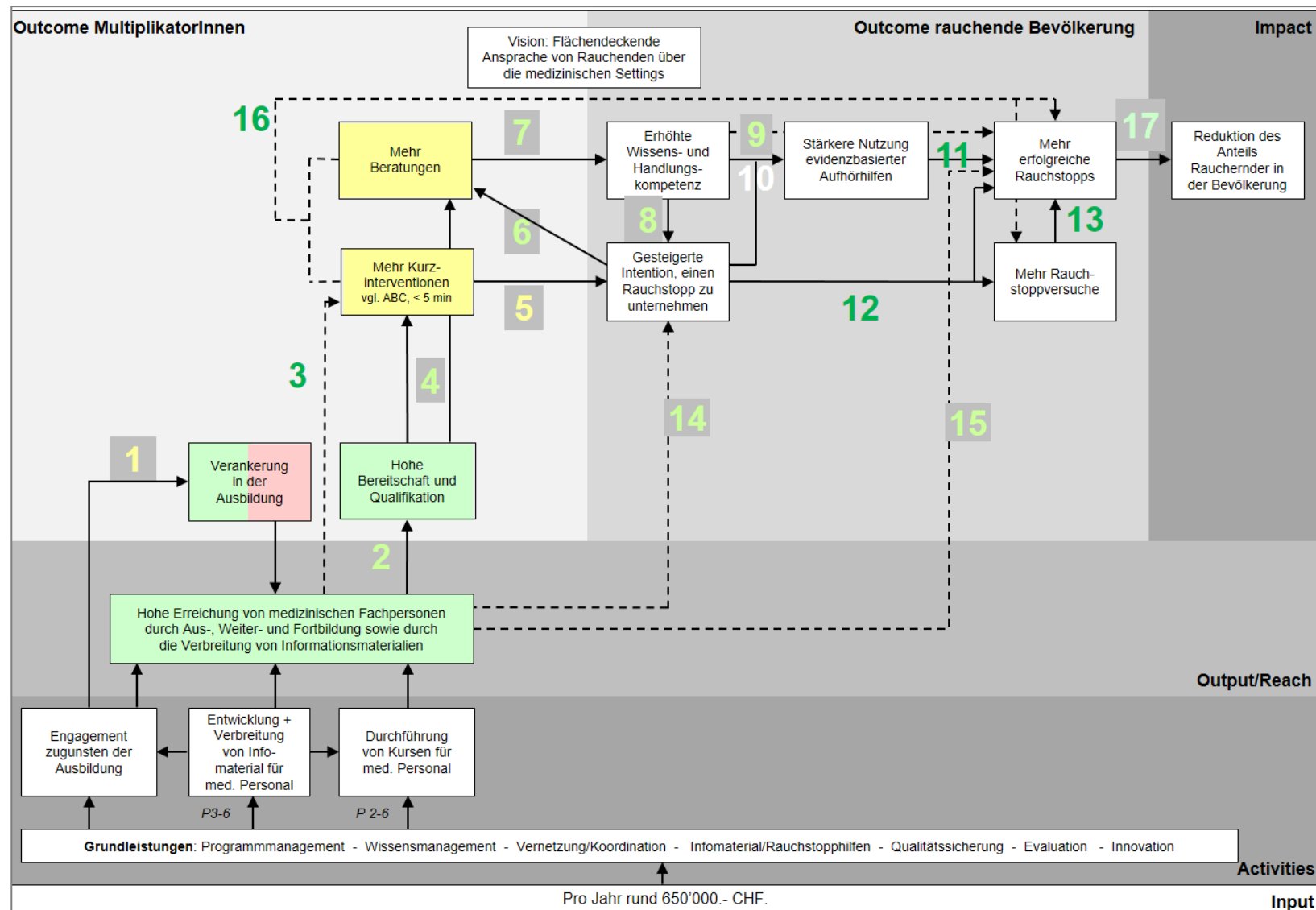


Abb. 11 Beurteiltes Wirkungsmodell 'Interventionen bei medizinischen Fachpersonen'

8.2 Leistungen und Reichweite (Output und Reach)

8.2.1 Information

Die Leistungsziele und die tatsächlich erbrachten Leistungen im Bereich Information sind in der Tabelle auf der folgenden Seite aufgeführt.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Ziele

- Projektstatistik

Information	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen / Angaben zur Erreichbarkeit <i>(Juli 2014 bis Ende 2017)</i>				
		Mailings	Manuale und Guidelines ⁷³ <i>Abgegebene Ex.</i>	Präsenz an Kongressen <i>Infostand, Referat</i>	Erschienene Fachartikel ⁷⁴	Patienten- broschüren <i>Abgegebene Ex.</i>
Ärztenschaft <i>Ca. 7'800 Ärztinnen und Ärzte (Allgemeine und Innere Medizin 6'500, Gynäkologie 1'130, Pneumologie 170)</i>	Jährlich 500 Manuale und 500 Guidelines an Ärztinnen und Ärzte abgegeben und zusätzlich jährlich 100 Manuale bestellt. Jährlich 5'000- 7'000 Patientenmaterialien an Ärztinnen und Ärzte abgegeben. Publikation von 1-2 Fachartikeln.	Jährlich ein Mailing an die gesamte Ärztenschaft mit Bestellmöglichkeit für Manuale	3'406 Manuale, 800 Guidelines	<i>Nur Workshops (s. nächstes Kapitel)</i>	31 Fach- artikel (z.T. nur indirekt mit dem Thema in Zusammen- hang)	295 Bestellungen, 8'047 bestellte Artikel
Med. Personal Herz- Kreislauf / Diabetes <i>Ca. 1'350 Fachärzt/-innen Herz-Kreislauf, 330 Herz- therapeut/-innen, ca. 270 Diabetesfachberater/-innen</i>	Insgesamt werden pro Jahr 100 Exemplare des Manuals und der Guidelines an die Fachärzteschaft des Bereichs Herz-Kreislauf verteilt.	Je ein Mailing pro Jahr an die Fachärzteschaft und an nichtärztliche Fachpersonen	2'188 Manuale und Guidelines an die Fachärzteschaft	<i>Nur Workshops (s. nächstes Kapitel)</i>		24'000 Broschüren an FB und Publikum
Apotheken <i>Ca. 5'200 Apotheker/-innen und 8'300 Pharmazie- assistent/-innen in ca. 1'750 Apotheken</i>	Jährlich 50 Bestellungen von Infomaterial. Jährlich mind. ein Fachartikel zum Thema Tabak und Tabak-entwöhnung in einer Publikation für die Apothekenschaft. Pro Jahr ein Stand an einem Kongress.	Jährlich ein Mailing an alle Apotheken mit Informationen zum Programmangebot.	<i>kein Manual, alle Infos online</i>	Je ein Infostand an 2 Kongressen. Ab 2016 keine Standaktionen mehr.	4 Fachartikel	413 Bestellungen, 11'685 bestellte Artikel
Zahnmedizin <i>Ca. 4'200 Zahnärzt/-innen, 1'700 Dental-hygieniker/- innen, sowie ca. 1'000 Schulzahnpflegeinstruktor/- innen. Genaue Anzahl Prophylaxe- assistentinnen und - assistenten nicht bekannt</i>	Bis 2017 an 4 Kongressen ein Stand und insg. ein Referat und ein Symposium zu Tabak, Mundgesundheit und Tabakentwöhnung. Jährlich ein Fachartikel zu Rauchen und Mundgesundheit. Bis 2017 eine Forschungsarbeit zum Thema publiziert. Jährlich Vertrieb von 200 Manualen für zahnmedizinisches Fachpersonal.	Jährlich ein Mailing an alle Zahnarztpraxen.	753 Manuale ⁷⁵	Zehn Mal ein Infostand und einmal ein Referat an insg. 11 Kongressen.	5 Fachartikel	565 Bestellungen, 22'843 bestellte Artikel

Tab. 16 Leistungen im Bereich Information

⁷³ Die heutigen Manuale sind umfassender und lösen die Guidelines ab.⁷⁴ Diese Fachartikel wurden zum grössten Teil von Fachleuten geschrieben, die als ‚teacher‘ für das Programm tätig sind. In zwei Fällen wurden Publikationen durch das Programm finanziell unterstützt.⁷⁵ Das Manual richtet sich an alle drei Berufsgruppen der Zahnmedizin, Hauptzielgruppe sind aber die Dentalhygienikerinnen und –hygieniker. Bei der Zahnärzteschaft gab es früher eine Artikelserie zu Rauchen und Mundgesundheit, die zu einem Sonderdruck veröffentlicht wurde. Diese wird heute noch abgegeben.

Weitere Erkenntnisse

- An Kongressen der Ärzteschaft ist das NRP nicht mit Informationsständen präsent, da diese Präsenz von der Projektleitung als nicht zielführend eingeschätzt wird. Die Konkurrenz von Informationsangeboten an Ärztekongressen sei sehr gross und die Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten entsprechend gering. Die Erfahrungen mit Informationsständen an Kongressen von Dentalhygieniker/-innen und Prophylaxeassistent/-innen⁷⁶ hingegen sind sehr positiv. (Einschätzung der Programmleitung)
- Alle Arzt- und Zahnarztpraxen werden jährlich mit einem Bestelltalon für die Manuale zum Rauchstopp bedient.
- Aus den Interviews mit dem Apothekenpersonal: «Eine präferierte Informationsquelle lässt sich beim Apothekenteam klar ausmachen: das Internet, und zwar mit Vorliebe die vom Nationalen Rauchstopp-Programm gestalteten Seiten, die auch ein E-Learning-Programm enthalten. Fachartikel spielen als Informationskanäle für Apothekerinnen und Apotheker eine weniger wichtige Rolle als etwa für Medizinerinnen und Mediziner. Man stösst oft eher zufällig auf sie, oder Studien über Rauchmedikamente werden bei den Herstellern erbeten.» (Müller 2017b, 4)

Die Ergebnisse der Befragung der medizinischen Fachpersonen (Dey & Haug 2016) zeigen, dass diese sehr unterschiedliche Kanäle nutzen, um sich über das Thema Tabakentwöhnung zu informieren:

Nutzung von Informationskanälen	Ärzeschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahn-ärzte schaft	Apotheker /-innen	Pharma-Assistent/-innen
		Kardiolog/-innen	Nicht-ärztl. Fachpersonen			
Fachzeitschriften	65.8%	64.8%	35.6%	54.3%	62.8%	50.5%
Internet	29.8%	29.6%	41.3%	27.2%	38.3%	39.8%
Broschüren⁷⁷	44.1%	37.3%	58.1%	58.8%	64.3%	78.1%
Austausch mit Berufskolleg/-innen	33.9%	50.7%	42.5%	25.4%	24.2%	58%
Kurse, Kongresse, Tagungen	51.9%	44.4%	52.5%	37.0%	36.4%	28.1%

Tab. 17 Von Fachpersonen genutzte Informationskanäle
(Hervorgehobene Werte: > 50%)

Fazit

- Die jährlichen Leistungsziele wurden erreicht und teilweise sogar stark übertroffen. Zum Teil wurden Ende 2015 bereits die Ziele für die gesamte Programmphase erreicht.
- Die medizinischen Fachpersonen von allen anvisierten Berufsgruppen haben in der Berichtsperiode ein Mailing erhalten, Manuale und Guidelines wurden in weit grösserem Umfang als geplant verbreitet. Auch die Bestellungen von Informationsmaterial übertrafen die Erwartungen resp. die Zielvorgaben.

⁷⁶ Prophylaxe-Assistent/-innen sind Dental-Assistent/-innen, die nach einer 3-wöchigen Weiterbildung zusätzliche Aufgaben übernehmen dürfen, unter Leitung und Verantwortung einer anwesenden Zahnärztin/eines anwesenden Zahnarztes. Aufgabengebiete sind: Herstellen von Befundunterlagen (Röntgen, Abdrücke), Patientenmotivation- und -instruktion, und praktische Arbeiten wie Reinigung oberhalb des Zahnfleisches oder an entfernbarem Zahnersatz, Bleaching, u.a.m.

⁷⁷ Unter diesem Kanal dürften auch die gedruckten Manuale mitgemeint sein.

- Die Befragung der medizinischen Fachpersonen hat gezeigt, dass die genutzten Informationskanäle sehr vielfältig sind und dass die medizinischen Fachpersonen die Kanäle, die vom NRP zur Verbreitung von Informationen verwendet werden, zum grossen Teil auch nutzen.

8.2.2 Fort- und Weiterbildungskurse für medizinische Fachpersonen

Datenquellen zur Beurteilung dieser Ziele

- Projektstatistik

Fort- und Weiterbildungskurse	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen / Angaben zur Erreichbarkeit (Juli 2014 bis Ende 2017)
Ärzterschaft Ca. 7'800 Ärztinnen und Ärzte (Allgemeine und Innere Medizin 6'500, Gynäkologie 1'130, Pneumologie 170)	Jährlich finden 10 bis 15 Kurse mit insgesamt 150-250 Teilnehmenden statt. In dieser Programmphase werden 7% der Grundversorger/-innen mit Kursen erreicht.	Frei von Tabak-Kurse (zweistündige bis halbtägige Kursmodule): 77 Kurse mit ca. 1600 TN inkl. Teilnahme von 85 Fachärzt/-innen Herz-Kreislauf) Kurse im Rahmen der Weiterbildung zum Erwerb des FMH-Titels ab 2016: 2016: 3 Kurse mit ca. 70 TN. 2017: 12 Kurse an 12 Ausbildungsstätten mit ca. 230 TN Jährlicher Erreichungsgrad bei durchschnittlich rund 5%
Fachärzteschaft HK Ca. 1'350 Herz-Kreislauf Fachärzt/-innen	Pro Jahr finden 2 Kurse/Workshops mit insg. 80 Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Kongressen statt. 10% der Fachärztinnen und Fachärzte werden mit Kursen erreicht.	2014: 3 WS/Kurse mit 90 TN (aber nicht an Kongressen, wie in den Zielen formuliert ist) (7%) 2015: 1 WS/Kurs mit 50 Fachärztinnen und Fachärzten und zusätzlich 25 Fachärzte an 5 Frei von Tabak-Kursen (5.5%) 2016: 3 WS/Kurse, 2 davon an Kongressen, insgesamt 163 TN 35 Fachärzte an den 31 Frei von Tabak-Kursen (15%) 2017: MEDART Basel, 1 Workshop 80 TN, 20-30 mit Facharzt/-titel, 18 Fachärzte an den 14 Frei von Tabak-Kursen (3%). Jährlicher Erreichungsgrad bei durchschnittlich rund 7-8%
Herztherapeut/-innen Ca. 330 Fachpersonen	- Pro Jahr finden 1-2 Kurse mit insgesamt 20-40 nichtärztlichen Fachpersonen statt. 20% der Herztherapeut/-innen sowie 25% der Ernährungsberater/-innen für Diabetes werden mit Kursen erreicht.	2014: 2 Kurse mit 46 nichtärztlichen Fachpersonen (7.6%) 2015: 5 Fortbildungen mit 183 nichtärztlichen Fachpersonen. (30%). 2016: 3 Kurse mit 20 nicht-ärztlichen Fachpersonen (3%) 2017: 2 Kurse, 1 davon im Rahmen der Jahrestagung SIDB mit 77 TN (13%) Jährlicher Erreichungsgrad bei durchschnittlich rund 10-15%
Diabetesfachberatende Ca. 270 Fachpersonen		

Fort- und Weiterbildungskurse	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen / Angaben zur Erreichbarkeit (Juli 2014 bis Ende 2017)
Apotheker/-innen Ca. 5'200 Apotheker/-innen in ca. 1'750 Apotheken ⁷⁸	- Jährlich haben 50 Fachpersonen aus Offizin Apotheken einen Kurs besucht.	- 31 Schulungen mit ca. 452 TN 100 Personen pro Jahr (berechnet auf 4 ½ Jahre) Jährlicher Erreichungsgrad bei unter 1%
Pharmazieassistent Ca. 8'300 Pharmazie-assistent/-innen		
Zahnärzteschaft Ca. 4'200 Zahnärztinnen und Zahnärzte ⁷⁹	- Bis 2017 werden 3 Workshops in Kliniken (mit 36 Personen) und 6 Schulungen in zahnmedizinischen Praxen.	- 2 Workshops an Kliniken mit 26 Teilnehmenden - 9 Schulungen in Praxen mit ca. 62 Teilnehmenden
Dentalhygiene Ca. 1'700 Dentalhygieniker/-innen und -hygieniker		
Prophylaxe-Assistenz Genaue Anzahl nicht bekannt		
Schulzahnpflege-instruktoren/-innen Ca. 1'000 Fachpersonen	- Bis 2017 eine Schulung für die Schulzahnpflege.	- 3 Schulungen mit insgesamt 55 Teilnehmenden

Tab. 18 Fort- und Weiterbildungskurse

Fazit

- Die jährlichen Leistungsziele zu den Fort- und Weiterbildungskursen wurden erreicht und zum grossen Teil stark übertroffen.
- Der jährliche durchschnittliche Erreichungsgrad mit Kursen oder Workshops liegt bei den ärztlichen Grundversorgern bei rund 5%, bei der Fachärzteschaft des Bereichs Herz-Kreislauf bei 7-8%, bei den nicht-ärztlichen Fachpersonen Herz-Kreislauf/Diabetes bei 10-15%. In den Bereichen Pharmazie und Zahnmedizin liegt der Erreichungsgrad mit Kursen unter einem Prozent.

8.2.3 Hohe Erreichung medizinischer Fachpersonen**Datenquellen zur Beurteilung dieses Ziels**

- Projektstatistik
- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016 (Bevölkerungsbefragung zum Rauchstoppevent), Müller 2017a
- Studien: Häusler 2014
- Einschätzungen Programmleitung NRP

Erkenntnisse

- Alle Praxen und Apotheken wurden in der aktuellen Programmphase bisher mindestens einmal mit einem Mailing (per Post und z.T., bei der Ärzteschaft, per E-Mail) bedient. Ein bedeutender Teil der Praxen/Apotheken erhielt zudem Manuale und/oder Guidelines. Des Weiteren dürften viele Fachpersonen über Fachartikel, die vom NRP initiiert oder unterstützt wurden, oder an Kongressen erreicht worden sein. Die Bestellungen von Informationsmaterial

⁷⁸ Statistik 2015 der Pharmasuisse.⁷⁹ Statistik BfS 2014 (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html>)

(allg. Ärzteschaft ca. 2%, Apotheken ca. 13%, Zahnarztpraxen >10%) zeugen vom Interesse eines Teils der Fachpersonen.

- Die Erreichung über die Ausbildung unterscheidet sich stark nach Berufsgruppe, ist zum Teil noch sehr tief, zum Teil bei 100% (vgl. Kap. 8.3.1, Seite 86f).
- Ein grosser Teil der in der Schweiz tätigen Fachpersonen hat seine Ausbildung nicht in der Schweiz, sondern im Ausland gemacht und wird deshalb nicht von den Ausbildungsanstrengungen des NRP erreicht. Bei der Ärzteschaft wurden beispielsweise im Jahr 2013 nahezu die Hälfte der ausgestellten Berufsbewilligungen an im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte erteilt. (Häusler 2014) [-, sehr stark (Daten des Medizinalberuferegisters)]. Von Juni 2002 bis Ende 2014 liessen 4'222 Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem EU-Raum ihre ausländischen Diplome in der Schweiz anerkennen, fast die Hälfte davon aus Deutschland (SSO, Schw. Zahnärztesgesellschaft). Bei der Subgruppe der Praxisärzt/-innen und bei anderen medizinischen Berufsgruppen dürfte der Anteil der im Ausland Ausgebildeten aber kleiner sein⁸⁰. (Einschätzung der Programmleitung).
- Der jährliche durchschnittliche Erreichungsgrad mit Kursen liegt bei den ärztlichen Grundversorgern bei rund 5%, bei der Fachärzteschaft des Bereichs Herz-Kreislauf bei 7-8%, bei den nicht-ärztlichen Fachpersonen Herz-Kreislauf/Diabetes bei 10-15%. In den Bereichen Pharmazie und Zahnmedizin liegt der Erreichungsgrad mit Kursen unter einem Prozent (s. vorangehendes Kapitel). Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Kursangebot wegen Beitragskürzungen stark redimensioniert werden musste.
- Neben den Fort- und Weiterbildungen des NRP gibt es zum Thema Tabakprävention und Rauchstopp seit 2015 auch Fortbildungen des Forums 'Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz' (FTGS), die Teilnehmendenzahlen dieser Kurse sind aber noch bescheiden. (Quelle: Programmleitung)
- Die Auswertung der Interviews mit Ärztinnen und Ärzten, die im Rahmen der Evaluation des NRP durchgeführt wurden, zeigt die Vielfalt der genutzten Informationskanäle: «Die befragten Ärzte und Ärztinnen fühlen sich zumeist gut informiert, und wenn sie einen Informationsbedarf haben, so bevorzugen sie, sich aktiv zu informieren mittels Fachartikeln und auch durch Teilnahme an Seminaren. Über den Einsatz von E-Mail- und Postsendungen zur Information scheiden sich die Geister; bei den einen bleiben sie unbeachtet bzw. wandern in den Papierkorb, die andern schätzen sie. Ärzte und Ärztinnen erachten fast einmütig das vom Nationalen Rauchstoppprogramm vorgesehene Weiterbildungsangebot als wichtig, doch fast ebenso einmütig lehnen sie es ab, einen Rauchstoppkurs alle 5 Jahre obligatorisch zu besuchen, diese spezielle Weiterbildung ist vielmehr in die übrige Weiterbildung einzubauen.» (Müller 2017a, 4)

Fazit

- Der Erreichungsgrad der Fachpersonen mit Information ist über die flächendeckenden Mailings sowie über die zusätzlichen Fachartikel sehr hoch.
- Zurzeit ist für die meisten Berufsgruppen nicht klar, wie gross der Anteil an Studierenden ist, die in der Ausbildung zum Thema Rauchstopp geschult werden, der Anteil ist zum Teil sehr hoch (z.B. Dentalhygiene und Prophylaxeassistent/-innen), zum Teil recht tief (z.B. allg. Ärzteschaft) (s. dazu auch Kap. 8.3.1, Seite 86f).
- Der jährliche Erreichungsgrad mit selber angebotenen Kursen unterscheidet sich nach Berufsgruppen stark, er variiert zwischen <1% bis 15%.

⁸⁰ Ausbildungen zur Pharmazieassistenten gibt es im benachbarten Ausland offenbar kaum. (Einschätzung der Programmleitung)

8.2.4 Rauchstoppberatung in Spitälern (Hospital Quit Support)

HQS Aktuell 41 aktive Beratungsstellen in Spitälern	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen / Angaben zur Erreichbarkeit (Juli 2014 bis Ende 2017)
Workshops für die Beratungspersonen der Rauchstopp- beratungsstellen	- 60 % der Beratungsstellen sind an den jährlich stattfindenden Weiterbildungsworkshops vertreten. - 80% (von ca. 40 Teilnehmenden) geben 3 Tage nach der Weiterbildung an, dass sie das erworbene Wissen anwenden können. - 60% fühlen sich 6 Monate nach der Weiterbildung durch den Kurs kompetenter in der Beratung und Begleitung der Patientinnen und Patienten.	- Workshop 2014 mit 44 Personen aus 24 aktiven Zentren (Teilnahmerate: 52 %). 61 % (n=17) der Antwortenden gaben an, dass sie das erworbene Wissen anwenden können. Für weitere 36% trifft das zu 50% (n=10) zu. Nur für eine Person trifft es in geringerem Masse zu. 23 von 26 Antwortenden (88 %) gaben nach 6 Monaten an, dass ihnen der Kurs im täglichen Umgang mit Pat. geholfen hat. Weitere 4 Personen (12%) gaben an, dass er ihnen nur wenig geholfen hat. - Workshop 2015 mit 47 Personen aus 28 aktiven Zentren (Teilnahmerate: 68%). 65 % (n=20) gaben bei der ersten Befragung an, dass sie das erworbene Wissen anwenden können. 11 von 19 Antwortenden (58 %) gaben nach 6 Monaten an, dass ihnen der Kurs im täglichen Umgang mit Pat. geholfen hat. Weitere 3 Personen (16%) gaben an, dass er ihnen nur wenig geholfen hat. 5 Personen (26%) haben die Frage nicht beantwortet. - Workshop 2016 als Teil der AT-Tagung mit 44 Personen aus 26 aktiven Zentren (Teilnahmerate: 62%) - Workshop 2017 als Teil der AT-Tagung mit 43 Personen aus 25 aktiven Zentren (Teilnahmerate: 57%) - Das Leistungsziel kann für 2016 und 2017 nicht überprüft werden. Die Befragung der TN fand im Rahmen der Gesamtauswertung der AT-Tagung statt. Es wurde keine Nachbefragung nach 6 Monaten durchgeführt..
Information	- Die Beratungspersonen erhalten mehrmals jährlich aktuell Informationen rund um den Rauchstopp. - Mindestens einmal jährlich gibt es einen persönlichen Kontakt mit jeder Rauchstoppberatungsstelle.	- Pro Jahr 3 Mailings an alle Beratungsstelle - Mit 11 Zentren wurden 2015 zudem intensive Gespräche über ihre Tätigkeit mittels Gesprächsleitfaden geführt. - Mit jedem Zentrum hat mindestens einmal in der gesamten Programmphase (aber nicht jährlich) ein persönlicher Kontakt stattgefunden.
Spitalmitarbeitende	- Bis 2017 wurden Aktivitäten in 10 Spitälern durchgeführt	- In 21 Spitälern fanden Aktivitäten rund um den Welttag ohne Tabak und zum Rauchstoppevent bzw. Rauchstoppwettbewerb statt. - Ziele 2 und 3 können nicht beurteilt werden.

HQS <i>Aktuell 41 aktive Beratungsstellen in Spitälern</i>	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen / Angaben zur Erreichbarkeit (Juli 2014 bis Ende 2017)
	- 200 Mitarbeitende machen im Jahr 2017 einen Rauchstopp von mindestens einem Tag⁸¹ - 40 Mitarbeitende machen im Jahr 2017 einen Rauchstopp von mindestens einem Monat⁸²	
Aufbau von neuen Beratungsstellen	- Bis 2017 sind 4 neue Rauchstoppberatungsstellen aufgebaut und 2 weitere befinden sich im Aufbau.	- Seit Start der neuen Programmperiode sind 5 neue Beratungsstellen im Aufbau (Mendrisio (2015), Muri (2015), Bülach (2016), Schaffhausen (2017), Valens (2017).

Tab. 19 Rauchstoppberatung in Spitälern

Weitere Erkenntnisse

- Eine Studie in einem Schweizer Spital hat gezeigt, dass ein totales Rauchverbot zu einem beachtlichen Rückgang der Raucherquoten unter den Spitalmitarbeitenden und unter den Patientinnen und Patienten führen kann.⁸³ (Studie von Borrero et al. 2015 zit. in Humair 2015)
- Zur Wirkung rauchfreier Spitäler (inkl. Beratung) s. auch Humair 2015 (Wirkung auf die Gesundheit aber insbesondere auch auf das Rauchverhalten von Mitarbeitenden und Patient/-innen).

Fazit

- Die Leistungsziele bezüglich Information und Durchführung von Workshops konnten erreicht werden, das NRP hat allerdings nur begrenzten Einfluss auf die Aktivitäten der Rauchstoppberatungsstellen.

⁸¹ Dieses Ziel wurde nach den Budgetkürzungen des Tabakpräventionsfonds fallengelassen.

⁸² Dieses Ziel wurde nach den Budgetkürzungen des Tabakpräventionsfonds fallengelassen.

⁸³ „84,9% des patients et 91,7% du personnel soutenaient l'interdiction totale de fumer. 24.4% des patients fumaient, dont 42,5% ont reçu une aide { l'arrêt du tabac et 10,5% ont cessé de fumer après l'hospitalisation. 17,6% des employés étaient fumeurs avant et 15,2% après l'interdiction de fumer, avec un taux d'arrêt du tabac de 13.6% dans l'année suivante.“ (Humair 2015, 71)

8.3 Erreichen der Wirkungsziele (Outcome)

Einleitender Hinweis: Bei der Befragung der medizinischen Fachpersonen legen die Auswertungen nahe, dass es einen Selektionsbias gibt, der zu einer tendenziellen Überschätzung der Ergebnisse führt.⁸⁴

8.3.1 Verankerung des Themas in der Ausbildung

Datenquellen zur Beurteilung

- Projektstatistik
- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016
- Einschätzungen der Programm- und Projektleitenden
- Studien: Humair 2015, Krebs et al. 2010

Verankerung des Themas in der Ausbildung	Wirkungsziele	Aktueller Stand (Ende 2017)	Rolle des Programms
Ärztenschaft inkl. Fachärzte HK/D <i>Es gibt insgesamt 280 Kliniken mit durchschnittlich 9 Assistenzstellen pro Klinik (u.a. Kliniken mit nur einer Stelle, aber auch zwei Kliniken mit 60 Assistenzstellen.</i>	Bis Ende 2016 wird der Lehrgang für klinische Semester an 9 Ausbildungsstätten genutzt, Ziel ist eine jährliche Durchführung mit insgesamt 80-120 Ärztinnen und Ärzten ⁸⁵ .	- Bisher Veranstaltungen für klinische Semester in 15 Weiterbildungsstätten (Spitäler), mit insgesamt 300 Teilnehmenden. - Noch keine Verankerung. - Einschätzung Erreichungsgrad (Studierende): tief	Durchführung der Veranstaltungen mit Ausbilderinnen und Ausbildern des Programms
Herztherapeutinnen und -therapeuten <i>(NDS) Kardiologie für in Bern und in Genf inkl.</i> <i>CAS Bewegungs- und Sporttherapie bei Herz-, Gefäss- und Diabetes-Erkrankungen in Bern</i> <i>DAS Bewegungs- und Sporttherapie bei inneren Erkrankungen</i>	Kein Ziel in diesem Bereich für die aktuelle Programmperiode.	- Alle der AT bekannten Lehrmittel aus NDS, CAS und DAS enthalten ausführlich Tabakkonsum und seine Folgen. Aktualisierung in Zukunft nicht gesichert, grosse Fluktuation. - Der Kurs in Genf kommt relativ selten zustande. - Keine Verankerung der Module, die Inhalte sind aber in die Lehrmittel integriert - Erreichungsgrad (Studierende): nicht beurteilbar	Aktuell keine aktive Rolle, da die Inhalte gut vertreten sind. In Genf besonders wenig Einflussnahme möglich.
Diabetesfachberatende <i>Ausbildungen in Lausanne und Fribourg mit einem NDS (mit CAS und DAS)</i>	Kein Ziel in diesem Bereich für die aktuelle Programmperiode.	- Keine Aktivitäten. - Tabakkonsum und seine Folgen sowie Rauchstopp sind integrierter Bestandteil der bekannten Lehrmittel. - Ernährungsberater/-innen: bisher noch kaum bearbeitet. - Keine Verankerung der Module, die Inhalte sind aber in die Lehrmittel integriert - Erreichungsgrad (Studierende): nicht beurteilbar	Einfluss über die Ausbildungsleiterin. Regelmässige gemeinsame Tagungen.

⁸⁴ Diejenigen Fachpersonen, die auf den ersten Versand geantwortet haben, zeigen durchschnittlich ein 'besseres' Interventionsverhalten (im Sinne der Tabakprävention) als jene, die erst auf den zweiten oder gar dritten Versand geantwortet haben. Es ist anzunehmen, dass Fachpersonen, die gar nicht geantwortet haben, ebenfalls über ein vergleichsweise 'schlechteres' Interventionsverhalten verfügen.

⁸⁵ Diese Zielformulierung ging von einer anderen Definition aus. Das Total betrug damals etwas um die 40 Weiterbildungsstätten. Es handelte sich um grössere Spitäler.

Verankerung des Themas in der Ausbildung	Wirkungsziele	Aktueller Stand (Ende 2017)	Rolle des Programms
Apotheker/-innen <i>Universitäten Bern, Basel, Genf und Zürich, wobei Zürich auf Pharmaindustrie und nicht auf Offizin ausgerichtet ist.</i>	Alle Pharmazie-studierenden besuchen im Laufe ihrer Ausbildung eine Ausbildungseinheit zu Tabakentwöhnung. Pro Jahr 60 ausgefüllte Wissensprüfungstests aus dieser Zielgruppe.	- Im Pharmaziestudium kann der Tabak bei „Public Health Kompetenzen“ aufgenommen werden (muss aber nicht). An den Universitäten Genf und Basel wurden Inhalte zu Rauchstoppberatung in den letzten Jahren vermittelt. - An der Universität Basel wurde der Wissenstest in den Jahren 2010 bis 2016 regelmässig eingesetzt. An der Universität Genf in der gleichen Periode ebenfalls, wobei ziemlich sicher nicht mit der gleichen Regelmässigkeit. Seit 2016 wird der Test nur noch sporadisch von einzelnen Studierenden ausgefüllt, der Test ist nicht mehr verbindliches Element des Unterrichts. - Thema teilweise verankert - Erreichungsgrad: hoch	Das NRP ist selber in keiner dieser Universitäten direkt aktiv. Sie bietet aber Referent/-innen und den Wissensprüfungstest an.
Pharmazieassistentinnen und -assistenten <i>Ausbildungslehrgänge an 19 Berufsschulen</i>	Bis Ende 2017 soll das Thema Rauchstopp in einem Viertel der 19 Berufsschulen erfolgreich implementiert sein. <i>Die Berufsschulen verankern die Themen nicht fest, sondern wechseln die Themen z.T. jährlich.</i>	- Die Thematik Raucherberatung ist im Bildungsplan im Kompetenzbereich "komplexe Beratung" unter Kompetenz 9.9 aufgeführt.⁸⁶ An vielen Schulen beschränkt sich die Schulung auf die Verordnung von Nikotinersatzprodukten. In gewissen Schulen wird auch das Ansprechen von rauchenden Kundinnen und Kunden thematisiert. - Die berufliche Grundbildung steht zurzeit im Revisionsprozess - Zwischen Mitte 2014 und Ende 2017 wurden total 14 überbetriebliche Kurse an 2 Schulen durchgeführt, mit insgesamt 310 Schülerinnen. Abdeckung ca. 10.5% (2 von 19 Schulen). Pro Schulklasse ca. 20 – 24 Schülerinnen. Teilweise werden auch an anderen Schulen, in denen das NRP nicht aktiv ist, Kurse durchgeführt - In den Berufsschulen wird der Wissensprüfungstest nicht eingesetzt. - Teilweise Verankerung - Erreichungsgrad: insgesamt tief (an den beiden erreichten Schulen hingegen hoch)	Durchführung Kurse.

⁸⁶ Bildungsplan zur Verordnung über die berufliche Grundbildung Pharma-Assistentin EFZ/Pharma-Assistent EFZ

Verankerung des Themas in der Ausbildung	Wirkungsziele	Aktueller Stand (Ende 2017)	Rolle des Programms
Zahnärztinnen/ Zahnärzte <i>4 universitäre Studien</i>	An sechs Ausbildungsstätten finden Schulungen zu Tabak, Mundgesundheit und Tabakentwöhnung statt. 100% der Zahnärzt/-innen in Ausbildung und 100% der Dentalhygieniker/-innen in Ausbildung werden mit Kursen erreicht.	- Vorlesungen zum Tabak- und Mundgesundheit, z.T. auch zur Bedeutung des Rauchstopps und zur Gesprächsführung sind in den Studiengängen aller vier anbietenden Universitäten integriert: Mitte 2014 bis Ende 2017, 14 Vorlesungen mit 191 TN (die Angaben sind nicht komplett, da nicht von allen Universitäten für alle Jahre Angaben vorliegen). - In den Examen an den Universitäten Bern, Basel und Genf ist das Thema Prüfungsstoff und zwar sowohl mündlich wie schriftlich (ausser in Zürich, dort nur mündlich). - Das Thema ist in der Ausbildung verankert. - Erreichungsgrad: sehr hoch (über die Prüfungen)	Durchführung Kurse: Insgesamt 55 Schulungen mit 1020 Studierenden
Dentalhygiene <i>4 Berufsschulen</i>		- Alle vier Berufsschulen bearbeiten das Thema intensiv. Mitte 2014 bis Ende 2017: 23 Klassen in 4 Schulen mit 448 Teilnehmenden - Das Thema ist in der Ausbildung verankert. - Erreichungsgrad: 100% der Studierenden	
Prophylaxe-Assistenz <i>5 Schulen</i>		- Drei Berufsschulen bearbeiten das Thema intensiv (Basel, Bern, Zürich). In Lausanne und im Tessin gibt es keine Zusammenarbeit mit dem NRP. - Mitte 2014 bis Ende 2017 18 Klassen mit 381 Teilnehmenden - Das Thema ist (zumindest in der Deutschschweiz) in der Ausbildung verankert - Erreichungsgrad: 100% der Studierenden in der deutschen Schweiz.	
	Sechs Ausbildungsstätten nutzen den Online-Wissensprüfungstest. Bis 2017 werden die Wissensprüfungstests in 80% der Ausbildungsstätten durchgeführt	- Wissensprüfungstests werden in den Ausbildungsgängen der Zahnmedizin kaum mehr durchgeführt/empfohlen (im 2016 noch 57 ausgefüllte Tests, im 2017 noch 13).	
Schulzahnpflegeinstruktor/-innen <i>ca. 1'000 Fachpersonen</i>	Keine Ausbildung, lediglich 2-tägiger Einführungskurs (die Hälfte sind gelernte Dentalassistent/-innen)		

Tab. 20 Verankerung des Themas in der Ausbildung

Weitere Erkenntnisse

- Zahnmedizin: In der Berufsausbildung der Dentalhygienikerinnen und –hygieniker in der Deutschschweiz erhalten alle Studierenden ein Manual.
- Die Behandlung von Suchtthemen (inkl. Tabakkonsum) in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz ist sehr heterogen und es fehlt ein klares Konzept.⁸⁷ (Humair 2015)
- In den Grundausbildungen der Ärzte- und Zahnärzteschaft sind Prüfungsfragen zum Thema Rauchstopp zum Teil Bestandteil der Examen, was eine Auseinandersetzung mit dem Thema erfordert. (Angabe der Projektleitung)

Tabakspezifische Schulung in der Ausbildung

Der Anteil der medizinischen Fachpersonen, der in der Befragung der medizinischen Fachpersonen angegeben hat, in der Ausbildung zum Thema Rauchstopp geschult worden zu sein, variiert zwischen rund 25 und 65%, wobei die Zahlen von jüngeren Fachpersonen deutlich höher sind als der Durchschnitt. (Dey & Haug 2016)

	Ärzteschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahnärzteschaft	Apotheker/-innen	Pharma-Assistent/-innen
		Fachärzteschaft	Nicht-ärztl. Fachpersonen			
In Ausbildung zum Thema Tabak geschult?	25.6%	25.9%	58.5%	24.4%	47.1%	63.5%
<39 Jahre	36.4%	50%	73.1%	62.7%		
<29 Jahre					79.5%	77.6%

Tab. 21 Tabakspezifische Schulung in der Ausbildung

Fazit

- Das NRP nimmt auf unterschiedliche Weise Einfluss auf die verschiedenen Ausbildungsgänge der medizinischen Fachpersonen. Teilweise führt es selber Kurse durch, teilweise vermittelt es Referentinnen und Referenten, teilweise ist es gar nicht aktiv.
- Die Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen sind unterschiedlich, meist sehr beschränkt und entsprechend liegt die Zielerreichung nicht alleine in den Händen des NRP. Es ist beispielsweise nicht möglich, in allen Ausbildungsgängen selber Rauchstoppkurse anzubieten und dort wo dies möglich ist, sind die Kurse zum Teil nicht obligatorisch. Zudem hängt der Erfolg stark vom Engagement einzelner Personen ab.
- Eine flächendeckende Erreichung der medizinischen Fachpersonen mit Ausbildungseinheiten zum Thema Rauchstopp ist in absehbarer Zeit nicht realistisch. Es fehlen zudem teilweise verlässliche Angaben zur Gesamtzahl und zum Erreichungsgrad der Studierenden.
- Der Stand der Verankerung des Themas Rauchstopp in der Ausbildung der medizinischen Fachpersonen ist sehr unterschiedlich (von sehr gering bis zu sehr hoch).
- Der Wissensprüfungstest konnte sich in den angestrebten Ausbildungsgängen nicht etablieren.

⁸⁷ „En Suisse, un récent état des lieux dans les 5 facultés de médecine suisses a conclu que l'enseignement en médecine de l'addiction incluant la tabacologie était fragmenté et hétérogène et manquait de concept et de cohérence [184]“. (Humair 2015, Literaturangabe 184, bezieht sich auf Ritter C, Bischoff T. Enseignement prégradué en médecine de l'addiction. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Générale & Policlinique Médicale Universitaire, 2014).

8.3.2 Erhöhte spezifische Qualifikationen medizinischer Fachpersonen

Datenquellen zur Beurteilung

- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016 (Befragung medizinische Fachpersonen 2016), Krebs 2013 (Befragung Zahnmedizinische Praxen 2012), Krebs 2011 (Befragung Ärzteschaft 2008)

Erhöhte Qualifikationen	Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse (Dey & Haug 2016, wenn nichts anderes angeführt)
Ärzterschaft	Ärztinnen und Ärzte: Halten des Status Quo in Bezug auf die Interventionstätigkeit.	- Die Werte in Bezug auf Ansprache der Rauchenden und Empfehlung des Rauchstopps haben sich gegenüber 2008 noch verbessert.⁸⁸ - 39% der 405 Ärztinnen und Ärzte, die kaum oder keine Unterstützung zum Rauchstopp anbieten, geben mangelnde Ausbildung als Grund an. Das sind 13% von allen 1217 befragten Ärztinnen und Ärzten (keine Vergleichszahlen aus der Befragung 2008).
	60% anvisierten 150-250 Ärztinnen und Ärzte , die jährlich einen Kurs zum Rauchstopp besuchen, geben in der Evaluation einen Wissenszuwachs an	- 89 % der Antwortenden beantworten die Frage nach dem Wissenszuwachs positiv (Projektstatistik 2015). - Zwischen 97 und 100% beantworteten die Frage nach dem Wissenszuwachs im Jahre 2016 resp. 2017 positiv. 2016: trifft voll und ganz zu: 65%, trifft eher zu 32%. 2017: trifft voll und ganz zu 61%, trifft eher zu 39%. - Die Fragestellung aus dem 2015 ist mit jener aus dem 2016 resp. 2017 nicht direkt vergleichbar.
Fachärzteschaft und Fachpersonen Diabetes und Herz-Kreislauf	Fachärzteschaft Herz-Kreislauf: Halten des Status Quo in Bezug auf die Interventionstätigkeit.	- 95.4% der Kardiologen und Kardiologinnen sprechen alle Patientinnen und Patienten auf ihr Rauchverhalten an (gegenüber 96% im 2008/09), 94.9% empfehlen allen Rauchenden einen Rauchstopp.
	60% der nichtärztlichen Fachpersonen geben an, dass es ihnen besser gelingt, Patientinnen und Patienten konsequent und immer wieder aufs Neue auf ihr Rauchverhalten anzusprechen.	- Bisher liegen Daten der Befragung von zwei Anlässen für Fachpersonen der kardialen Rehabilitation (Diabetes, Ernährung) vor. (Müller und Guggisberg 2016) - Der als Wirkungsziel formulierten Fragestellung stimmten 47% der Befragten zu. Die Erhebung erfolgte zu zwei Zeitpunkten. Zum ersten Mal zeitnah am Kurs, zum zweiten Mal sechs Monate nach dem Kurs. - Von den insgesamt 78 TN hatten 58% angegeben, "sich sicherer zu fühlen" im Umgang mit rauchenden Patientinnen und Patienten. - Der Rücklauf für die zweite Befragung lag bei 70%. Im zweiten Trimester 2018 werden die Ergebnisse von je einem Kurs aus den Jahren 2015 und 2017 vorliegen.

⁸⁸ Im 2016 haben 85.9% der Befragten angegeben, dass sie alle PatientInnen auf das Rauchen ansprechen, im 2008 waren es noch 82%. Im 2016 haben 87% resp. 91.8% nach Recodierung (um mit den Ergebnissen von 2008 vergleichen zu können) angegeben, den Rauchstopp allen Rauchenden zu empfehlen, im 2008 waren es 89%. (Dey & Haug 2016 und Krebs 2011).

Erhöhte Qualifikationen	Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse (Dey & Haug 2016, wenn nichts anderes angeführt)
	25% der nichtärztlichen Fachpersonen im Bereich Diabetes/Herz-Kreislauf-Krankheiten sind über die Angebote zur Rauchstoppperatung von Ligen, Fachstellen und der Rauchstopplinie zur eventuellen Weiterverweisung von Patientinnen und Patienten informiert	- 24.3% der Fachpersonen geben an, sowohl die Rauchstopplinie, die Rauchstoppkurse sowie die Beratungsangebote in der Region zu kennen, 60% kennen mind. 2 Angebote.
	75% der Herztherapeutinnen, Herztherapeuten und Diabetes-Fachpersonen empfehlen ihren rauchenden Patientinnen und Patienten den Rauchstopp. 40% geben mindestens eine Beratungsadresse (od. Telefonnummer) an. 25% der Herztherapeutinnen und –therapeuten trauen sich zu, die Hälfte ihrer Patientinnen und Patienten zum Rauchstopp zu motivieren.	- 74% empfehlen ihren rauchenden Patientinnen und Patienten den Rauchstopp. - 41,4% der Herz- und 58,4% der Diabetes-FP geben mind. eine Beratungsbroschüre mit Adressen ab (ISGF 2016) -
	10% der Diabetesberaterinnen trauen sich zu, die Hälfte ihrer Patientinnen und Patienten zum Rauchstopp zu motivieren.	- Zu diesem Indikator gibt es keine Zahlen aus der Befragung 2016. Zahlen aus der vorangehenden Programmphase: 18.1% der Herztherapeut/-innen sowie 5.1% der Diabetesberater/-innen trauen sich zu, die Hälfte ihrer Patientinnen und Patienten zum Rauchstopp zu motivieren. (Müller, 2013)
Apotheken	Für das Apothekenpersonal war kein Qualifizierungsziel formuliert worden.	- 88% Apotheker/-innen und 81% Pharmaassistent/-innen finden sich kompetent für Kurzinterventionen. 75% der Apotheker/-innen und 62% der Pharmaassistent/-innen fühlen sich ausreichend für Beratung ausgebildet (Müller/Krebs 2012).
	Jährlich haben 30 Apotheker sowie 15 Pharma-Assistenten einen Wissensprüfungstest absolviert	- Zwischen Mitte 2014 bis Ende 2017 haben 231 Personen den Wissensprüfungstest absolviert. Das sind durchschnittlich 66 Personen pro Jahr. Genaue Angaben zum Anteil Apotheker/-innen vs Pharmass. sind nicht eruierbar
	60% der Kursteilnehmenden (Apothekenpersonal) geben an, sich im Bereich Rauchstopp kompetenter zu fühlen.	- Die Zielerreichung ist nicht beurteilbar, da die Nachbefragung nicht wie geplant durchgeführt werden konnte.
Zahnmedizinisches Personal	Die Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte, die angeben, aus Mangel entsprechender Ausbildung keine Kurzberatungen durchzuführen, ist von 45% (2012) auf 40% gesunken (2016).	- In der Befragung 2016 gaben 30.3% der 65% Zahnärztinnen und Zahnärzte, die keine oder kaum Unterstützung zum Rauchstopp anbieten, an, dass sie dies wegen mangelnder Ausbildung nicht tun. Das sind 19.6% von allen befragten Zahnärztinnen und Zahnärzten. ⁸⁹ - Zum Vergleich: Im 2012 gaben 45% der 72% Praxen, welche Kurzinterventionen

⁸⁹ Da die Frage im 2012 und im 2016 etwas anders gestellt wurde, ist der direkte Vergleich der Zahlen mit Vorsicht zu genießen. Im 2012 wurden die folgenden 2 Fragen gestellt: Wenn Tabak-Kurzintervention nicht eingeführt: Weshalb haben Sie die Tabak-Kurzintervention nicht eingeführt? Wenn Tabak-Entwöhnung nicht eingeführt: Weshalb haben Sie die Tabak-Entwöhnung nicht eingeführt? Im 2016 lautete die Frage: Falls Sie selten oder keine Unterstützung zur Tabakentwöhnung anbieten bzw. keine Empfehlungen zur Tabakentwöhnung abgeben, was sind die Gründe dafür?

Erhöhte Qualifikationen	Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse (Dey & Haug 2016, wenn nichts anderes angeführt)
		noch nicht eingeführt hatten, mangelnde Ausbildung als Grund an. Das sind 32.5% von allen befragten Praxen. Und Im 2012 gaben 45% der 93% Praxen, welche Tabakentwöhnung noch nicht eingeführt hatten, mangelnde Ausbildung als Grund an. Das sind 42% von allen befragten Praxen.

Tab. 22 Qualifikationen

Erkenntnisse zur Aus- und Weiterbildung

- In der Befragung 2008 hatten 26% der Ärztinnen und Ärzte angegeben, schon einmal einen Kurs zum Thema Rauchstopp besucht zu haben (Krebs 2011), in der Befragung 2016 lag der Wert bei 33.8% (Dey & Haug 2016).
- Im Jahr 2012 gaben umgerechnet 45.7% aller befragten Apothekerinnen und Apotheker sowie 39% der Pharmaassistentinnen und –assistenten an, in der Grundausbildung im Umgang mit rauchenden Patientinnen und Patienten geschult worden zu sein (Müller/Krebs 2013). Im Jahr 2016 gaben 47.1% der Apothekerinnen und Apotheker sowie 63.5% der Pharmaassistentinnen und –assistenten eine entsprechende Schulung in der Ausbildung an (Dey & Haug 2016). Einen Kursbesuch gaben im 2016 42.2% der Apothekerinnen und Apotheker sowie 30% der Pharmaassistentinnen und –assistenten an (Dey & Haug 2016). Im 2012 wurde nicht nach Kursbesuchen gefragt. Bei 73.3% der Apothekerinnen und Apotheker sowie bei 81.6% der Pharmaassistentinnen und –assistenten liegt der letzte Kursbesuch nicht länger als 5 Jahre zurück, bei jeweils der Hälfte davon auch nicht länger als 2 Jahre. (Zu den Kursbesuchen gibt es keine Vergleichszahlen aus dem 2012, weil damals keine entsprechende Frage gestellt wurde).
- Von den befragten Zahnärztinnen und Zahnärzten gaben 24.4% an, in der Ausbildung zum Thema Tabak geschult worden zu sein, jüngere signifikant häufiger als ältere.⁹⁰ Im Jahr 2012 gaben 17% an, in Tabak-Kurzintervention geschult worden zu sein und 10% in Tabakentwöhnung (Krebs 2013). Aufgrund der unterschiedlichen Fragestellung lassen sich die Ergebnisse allerdings nicht direkt vergleichen.

Kenntnis von Grundlagenmaterial

- Rund die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Kardiolog/-innen) kennt die Guidelines und Manuale zum Rauchstopp, aber nur die Hälfte von ihnen nutzt sie auch. Bei der Zahnärzteschaft und dem Apothekenpersonal ist der ‚gap‘ zwischen Kenntnis und Nutzung noch grösser. (Dey & Haug 2016, 82f, 120f)
- Interessant ist der Jahresvergleich bei der Zahnärzteschaft: Im 2005 gaben 57% der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte an, das entsprechende Manual zu kennen und 44% gaben an, es schon konsultiert zu haben. Im 2016 gaben 42.4% an, die Webseite zu kennen, 15.9% gaben an, sie auch zu nutzen. 56.8% kennen die Webseite nicht. (Dey & Haug 2016, 192)
- Die Webseite hat nicht die Bekanntheit erlangen können, welche damals das Manual hatte.

Kenntnis von Rauchstopppangeboten

- Punktuelle Hinweise auf die Qualifikation medizinischer Fachpersonen geben die Fragen zur Kenntnis von Rauchstopppangeboten (drei abgefragte Angebote: Rauchstopplinie,

⁹⁰ Zudem zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter der Teilnehmer(innen) ($p < .001$): bei den bis zu 39-Jährigen ist der Anteil jener, die bereits in ihrer Ausbildung zum Thema Tabak geschult wurden vergleichsweise gross (62.7%), wohingegen dieser Anteil mit zunehmendem Alter der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes abnimmt (bei den 60 Jahre und älteren: noch 9.9%; $p < .001$). (Dey & Haug 2016)

Rauchstoppkurse und Beratungsangebote in der Region) sowie die Kenntnis und teilweise Nutzung von Informationsangeboten des Programms (Guidelines, Dokumentation, Webseite, Wissenstest).

Die entsprechenden Ergebnisse der Befragung 2016 (Dey & Haug 2016) lauten:

	Ärztenschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahn- ärzte- schaft	Apotheker /-innen	Pharma- Assistent/- innen
		Kardiolog/- innen	Nicht- ärztl. Fach- personen			
Kennen von Angeboten						
alle 3 Angebote	22.9%	22.3	24.2%	11.8%	13.4%	7.1%
2 der Angebote	31.6%	42.1	36.4%	26.6%	24.7%	21.1%
(mind. 2 Angebote)	(54.5%)	(64.4%)	(60.6%)	(38.4%)	(38.1%)	(28.2%)
1 Angebot	22.4%	21.8%	16.5%	26.5%	29.5%	34.4%
(mind. 1 Angebot)	(76.9%)	(86.2%)	(77.1%)	(64.9%)	(57.6%)	(62.6%)
keines der Angebote	16.4%	5.1%	9.7%	27.4%	26.6%	30%
fehlende Werte	6.7%	8.6%	13.1%	7.6%	5.7%	6.7%
Kenntnis Guidelines (oben) und Dokumen- tation (untere Zeile)	43.4%	50.3%				
	56.6%	60.4%				
Nutzung Guidelines (oben) und Dokumen- tation (unten)	24.7%	26.4%				
	20.8%	23.9%				
Kenntnis Webseite (oben) und Wissens- prüfungstest (unten)				42.4%	48.4%	34.6%
				20%	-	-
Nutzung Webseite (oben) und Wissenstest (unten)				15.9%	20.1%	7.3%
				2.1%	-	-

Tab. 23 Kenntnis von Rauchstoppangeboten

Weitere Erkenntnisse aus den Evaluationen des NRP

- Zu den Qualifikationen im weiteren Sinne werden im vorliegenden Wirkungsmodell auch die Motivation und das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Rauchstoppinterventionen gezählt. Wie die Befragung Dey/Haug (2016) zeigt, ist fehlendes Interesse der medizinischen Fachpersonen kaum ein Hinderungsgrund für das Anbieten von Rauchstopp-Unterstützung.⁹¹
- Die befragten Fachpersonen sind weitgehend überzeugt von der Wirksamkeit von Rauchstoppinterventionen, auch wenn sie keine oder nur selten solche anbieten. Fehlende Wirksamkeit wird kaum als Hinderungsgrund genannt.⁹² (Dey & Haug 2016)

⁹¹ Von den med. Fachpersonen, die keine oder nur selten Unterstützung anbieten, wird 'fehlendes Interesse' (der Fachperson) wie folgt genannt: Ärzteschaft: 3%, Kardiolog/-innen 2.9%, nicht-ärztliche Fachpersonen HK/D 4.7%, Zahnärzteschaft 7.4%, Apotheker/-innen 3.4%, Pharmaassistent/-innen 1.5%.

⁹² Von den med. Fachpersonen, die keine oder nur selten Unterstützung anbieten, wird 'Entwöhnung ist nicht wirksam' wie folgt genannt: Ärzteschaft: 2.7%, Kardiolog/-innen 2.9%, nicht-ärztliche Fachpersonen HK/D 0.9%, Zahnärzteschaft 3.6%, Apotheker/-innen 2.6%, Pharmaassistent/-innen 1%.

Gewünschte Weiterbildungsform Dey & Haug 2016

	Ärztenschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahn- ärzte- schaft	Apotheker /-innen	Pharma- Assistent/ -innen
		Kardiolog/- innen	Nicht- ärztl. Fach- personen			
Gewünschte Weiterbildungsform						
Kurse, Workshops (klassisch)	41.1%	35%	55.5%	29.3%	38.2%	54.8%
Schriftliche Dokumentation	40.2%	40.1%	41.9%	43.5%	41%	43.6%
E-Learning	24.8%	32.5%	26.3%	20.7%	61.7% ⁹³	44.7%
Webbasierte interaktive Veranstaltungen	14.8%	21.8%	22.9%	13.7%	23%	17.7%
Keine	15.8%	13.2%	11%	22.8%	4.2%	3%

Tab. 24 Gewünschte Weiterbildungsform

- Die klassischen Weiterbildungsmaßnahmen (Kurse/Workshops und schriftliche Dokumentation) werden weiterhin bevorzugt, gefolgt von E-learning, welches von Apothekerinnen und Apothekern gar favorisiert wird.
- Ein verhältnismässig geringer Anteil von Fachpersonen wünscht sich gar keine Weiterbildungsangebote in diesem Bereich.
- Wenig erstaunlich ist, dass E-learning und webbasierte interaktive Veranstaltungen bei den meisten Fachgruppen stärker von jüngeren Personen bevorzugt werden (Ausnahme: nicht-ärztliche Fachpersonen).

Fazit

- Es fällt schwer, die Erreichung des Ziels „Erhöhte Qualifizierung“ über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg zu beurteilen. Einerseits weil die entsprechenden Ziele sehr spezifisch und sehr unterschiedlich sind und andererseits, weil zum Teil Vergleichszahlen aus früheren Jahren fehlen.
- Die Hinweise, die zur Verfügung stehen, deuten darauf hin, dass sich die Qualifikation der medizinischen Fachpersonen generell noch verbessert hat. Dies drückt sich einerseits in den erhöhten Anteilen der Fachpersonen mit entsprechender Aus- und Weiterbildung aus (dort wo beurteilbar), andererseits in der noch weiter gesteigerten Interventionstätigkeit.
- Rückmeldungen zeigen, dass sich viele medizinische Fachpersonen neben Schulungsmaterial vor allem auch Materialien wünschen, die sie direkt in der Beratung mit Patientinnen und Patienten unterstützen (Broschüren, Listen mit Adressen, Apps etc.). Zudem wünschen sich einzelne Fachpersonen aus Apotheken und Zahnarztpraxen Inhouse-Weiterbildungen (dieses bestehende Angebot ist offenbar attraktiv, aber nicht allen bekannt). Aufgrund der Befragungsdaten bietet es sich zudem an, weiterhin auf klassische Weiterbildungsformen zu setzen, ergänzend aber vermehrt E-learning und webbasierte Formen einzusetzen.

⁹³ Bei Apothekerinnen und Apothekern sind Formen des E-Learnings recht gut etabliert, da auch die Pharmasuisse entsprechende Lernformen nutzt.

8.3.3 Mehr Kurzinterventionen und mehr Beratungen

Datenquellen zur Beurteilung

- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016 (Befragung medizinischer Fachpersonen 2016), Müller 2017a, Müller 2017b
- Studien: Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015), Krebs et al. 2010
- Evidenzbasierte Leitlinien: AWMF 2015, Fiore 2008, ENSP 2012

	Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse Befragung med. Fachpersonen (Dey & Haug 2016)
Ärzterschaft	Über 85% der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung fragen immer nach dem Rauchstatus.	- 85.9% geben an, <i>alle</i> Patientinnen und Patienten nach ihrem Rauchverhalten zu fragen (Tendenz steigend: 78% im 2002/03, 82% im 2008). Weitere 9.3% nur bei einem für Rauchende typischen Krankheitsbild. 2.6% fragen nicht nach dem Rauchstatus.
	80% bieten interessierten Raucherinnen und Rauchern Unterstützung bei der Tabakentwöhnung an.	- 91.6% der Ärztinnen und Ärzte geben an, (irgendeine Art von) Unterstützung anzubieten.
	80% der Ärztinnen und Ärzte geben, sofern angezeigt, Rauchstoppmedikamente ab und 70% bieten Rauchstopp-Begleitung bis zum Rauchstopp an	- 72.9% der Ärztinnen und Ärzte geben an, dass sie Rauchstoppmedikamente abgeben oder verschreiben. 60% der Ärztinnen und Ärzte geben an, persönliche Begleitung anzubieten.
	90% der Absolventinnen und Absolventen einer Fortbildung beraten auf den vom Programm empfohlenen Grundlagen.	Es wurden keine Nachbefragungen zu diesen Fortbildungen durchgeführt. Aufgrund der Kursauswertung kann das Wirkungsziel nicht beurteilt werden.
Fachärzteschaft und Fachpersonen Diabetes und Herz-Kreislauf	75% der Diabetes- und Herz-Kreislauf-Fachärztinnen und Fachärzte führen bei <u>allen</u> rauchenden Patientinnen und Patienten Kurzinterventionen durch	- 92.4% der Kardiologinnen und Kardiologen erfüllen die weniger strengen Kriterien für die Durchführung von Kurzinterventionen, 44.2% die strengeren (vgl. Tab. 28) (es wurden nur Kardiolog/-innen befragt und nicht alle Herz-Kreislauf Fachärzt/-innen).
	75% der nicht-ärztlichen Fachpersonen führen bei <u>allen</u> rauchenden Patientinnen und Patienten Kurzinterventionen durch	- 53.4% der nichtärztlichen Fachpersonen HK/D erfüllen die weniger strengen Kriterien für die Durchführung von Kurzinterventionen, 28.4% die strengeren (vgl. Tab. 28).
Apotheken	20% des Apothekenpersonals führen vier oder mehr Kurzberatungen pro Monat durch	- 21.8% der Apothekerinnen und Apotheker und 14.5% der Pharmaassistentinnen und -assistenten geben an, vier oder mehr Kurzberatungen pro Monat durchzuführen. ⁹⁴

⁹⁴ Wenn die Personen, die diese Frage nicht beantwortet haben, ausgeschlossen werden, erhöhen sich die Zahlen leicht auf 23.7% resp. 16.5%.

	Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse Befragung med. Fachpersonen (Dey & Haug 2016)
Zahnmedizinisches Personal	In 30% der zahnmedizinischen Praxen werden Kurzinterventionen umgesetzt ⁹⁵	Da nur die Zahnärzteschaft befragt wurde, ist wahrscheinlich, dass die tatsächlichen Zahlen für Praxen (z.B. durch das Engagement von DH's) höher liegen. - 36.5% der Zahnärzt/-innen erfüllen die weniger strengen Kriterien für die Durchführung von Kurzinterventionen, 10.1% die strengeren (vgl. Fussnote 98). In Bezug auf diese Zielsetzung sind die weniger strengen Kriterien (Empfehlung an Interessierte) passend.
HQS	Bis Ende 2016 werden 6000 Personen in Spitälern beim Rauchstopp beraten	- Für 2016 liegen Daten von 45% der aktiven Zentren vor. Gemäss diesen wurden 2016 2764 Beratungen durchgeführt. Wird angenommen, dass sich die Beratungstätigkeit in den Zentren, die keine Rückmeldung gegeben haben, ähnlich verhält, wurden 2016 mind. 6000 Beratungen in Spitälern, die zum HQS-Netzwerk gehören, durchgeführt.

Tab. 25 Durchführung von Kurzinterventionen und Beratungen

Befragungsergebnisse zu Kurzinterventionen Dey & Haug 2016

	Ärztenschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahn-ärzte-schaft	Apotheker/-innen	Pharma-Assistent/-innen
		Kardiolog/-innen	Nicht-ärztl. Fachpersonen			
Ansprache aller Rauchenden	85.9% 2008: 82% 2002/03: 78%	95.4% 2008/09: 86%	60.6%	67.8%		
Ansprache nur bei typischen Krankheitsbild	9.3%	3.6%	29.2%	24.7%		
Keine Ansprache	2.6%	0%	9.3% weil auf Verfügung	6.9%		
Gelegenheit zur Ansprache						
bei Erstkonsultation	85.4%	90.3%	65.6%	76%		
bei typischem Krankheitsbild resp. entsprechenden Medikamenten	62.8%	40%		65.5%	96.8% ⁹⁶	96.6%
beim Sport			36.8%			
beim Check-Up	59.6%	47.7				
wenn Patient/-in länger nicht gesehen	27.7%	41.5%	11.8%	27%		

⁹⁵ In Anlehnung an die Daten aus den Jahren 2005, 2008 und 2012, wo 19%, 25% und 28% Kurzinterventionen durchgeführt haben, wurden neu 30% als Ziel gesetzt. Kurzinterventionen wurden definiert als Interventionen von 5-10 Minuten mit folgenden Inhalten: Tabakkonsumanamnese (Menge und Dauer), Aufklärung über Folgen für die Mundgesundheit, Abklärung der Motivation und bei Interessierten Aufzeigen von Ausstiegsmöglichkeiten.

⁹⁶ Bei der Berufsgruppe der Apotheker/-innen und Pharma-Assistent/-innen wurde dieser Aspekt im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen (direktes Ankreuzen dieser Option) anders erhoben (mindestens eine von verschiedenen Möglichkeiten der Ansprache angekreuzt: Käufer von Nikotinersatzprodukten; Frauen beim Bezug von oralen Kontrazeptiva; Kund/-innen mit Asthma und/oder COPD; etc.). Bei Käufern von Nikotinersatzprodukten erscheint eine Ansprache zwingend.

	Ärzeschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahn- ärzte- schaft	Apotheker /-innen	Pharma- Assistent/- innen
		Kardiolog/- innen	Nicht- ärztl. Fach- personen			
Dokumentation Rauchstopp						
immer	80.8%	95.4%	52.1%	43% 2012: 60%		
gelegentlich	16.6%	2.5%	28%	36.8% 2012: 21%		
nicht/nie	2%	0.5%	18.6%	19.4% 2012: 19%		
Empfehlung Rauchstopp						
bei allen Rauchenden	87% ⁹⁷	94.9%	74.2%	54.8%	36.8%	21.1%
bei rauchtypischem Krankheitsbild	zusätzlich 7.3%	zusätzlich 3.6%	zusätzlich 20.8%	37.4%	zusätzlich 42.7% bei spez. Medis	zusätzlich 47% bei spez. Medis
Empfehlung, Unterstützung in Anspruch zu nehmen (Frage nur, wenn Empfehlung Rauchstopp bei allen oder bei typischem Krankheitsbild)						
allen Rauchenden	39.2%	45.4%.	37.9%	12%	29.2%	23.4%
nur Interessierten	50.4%	52.6%.	52.7%	52.2%	68.7%	72.1%
nie	9.4%	2.1%	9.4%	29.2%	1.8%	3.9%
Persönliche Begleitung Rauchstopp	60.2%	31.6% (1/3 überweist an Hausarzt)	32%		32.8%	22.1%
Anzahl Beratungen pro Monat (Median) Bei denen, die mind. manchmal beraten	4	5	2.5	3	2	2

Tab. 26 Übersicht Befragungsergebnisse Kurzinterventionen und Beratungen

Vergleich Ansprache und Rauchstopppempfehlung Dey & Haug 2016

	Ärzeschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahn- ärzte- schaft	Apotheker /-innen	Pharma- Assistent/- innen
		Kardiolog/- innen	Nichtärztl. Fach- personen			
Anteil der Fachpersonen, die allen Rauchenden einen Rauchstopp empfehlen						
bei Ansprache aller Rauchenden	93.6%	96.3%	87.9%	65.1%	Es gibt keine Apotheker/-innen oder Praxisassistent/-innen, die alle Rauchenden ansprechen, deshalb wurde diese Frage gar nicht gestellt.	
bei selektiver Ansprache (typisches Krankheitsbild/ Medikament...)	86.1%	85.7%	53.7%	34.3%	37.7%	21.7%
Keine Ansprache	66.7%	Es gibt keine Fachärzte, die gar nicht ansprechen	61.9%	26.9%	10%	11.1%

Tab. 27 Vergleich Ansprache und Rauchstopppempfehlung

⁹⁷ Nach Recodierung, um mit den Ergebnissen von 2008 vergleichen zu können, liegt der Anteil bei 91.8% (2016) versus 89% (2008). (Dey & Haug 2016)

Die folgende Tabelle von Dey & Haug (2016, Anhang) zeigt, dass die Mehrheit der Fachpersonen rauchende Patientinnen und Patienten immer oder zumindest bei typischem Krankheitsbild anspricht und den Rauchstatus dokumentiert (A), ein etwas geringerer Anteil (bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten sind es deutlich weniger) empfiehlt diesen auch, mit dem Rauchen aufzuhören (A+B). Noch einmal einige Prozentpunkte weniger empfehlen mindestens den interessierten Rauchenden, Unterstützung beim Rauchstopp in Anspruch zu nehmen (A+B+C₂). Nur ein verhältnismässig geringer Anteil der Fachpersonen erfüllt aber die strengen Kriterien an eine Kurzintervention gemäss den neuseeländischen Guidelines, nämlich allen Rauchenden zu empfehlen, Unterstützung beim Rauchstopp in Anspruch zu nehmen (A+B+C₁). Zusammenfassend könnte man sagen, dass der Grossteil der medizinischen Fachpersonen zwar Kurzinterventionen zur Förderung von Rauchstopps durchführt, dies aber mehrheitlich selektiv und nicht systematisch bei allen Rauchenden. Die entsprechende Aktivität der Zahnärztinnen und Zahnärzte ist im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten bescheiden.

Erfüllen der Kriterien einer Kurzintervention	Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis	Kardiolog(inn)en	Nichtärztliche Fachpersonen im Bereich Herz-Kreislauf/Diabetes	Zahnärztinnen und Zahnärzte
Kriterium A: n (%)	1140 (93.7)	193 (98.0)	173 (73.3)	763 (77.5)
Kriterien A und B: n (%)	1004 (82.5)	185 (93.9)	137 (58.1)	449 (45.6)
Alle Kriterien (A und B und C ₁): n (%)	444 (36.5)	87 (44.2)	67 (28.4)	99 (10.1)
Alle Kriterien (A und B und C ₂): n (%)	928 (76.3)	182 (92.4)	126 (53.4)	359 (36.5)

Zur Erläuterung der Kriterien A, B und C₁ bzw. C₂ vgl. Fussnote⁹⁸. Die Analysen wurden für Apotheker(innen) und Pharma-Assistent/-innen nicht durchgeführt, da dort eine zentrale Frage fehlt, die für die Beurteilung des Kriteriums A entscheidend ist (Dokumentieren des Rauchstatus. Dies ist kein Ziel in den Apotheken).

Tab. 28 Umsetzung des ABC für Rauchstopp-Kurzinterventionen

Weitere Erkenntnisse

- Die Überweisung an spezielle Tabakentwöhnungsberatungen hat bei den Ärzt/-innen über die letzten Jahre deutlich zugenommen (von 16% im 2002/03 über 20% im 2008 auf 30% im 2016).
- Aus den Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten, die im Rahmen der Evaluation des NRP durchgeführt wurden: «Eine erfolgreiche Rauchstoppberatung bzw. -behandlung setzt nach der Meinung der Ärzte und Ärztinnen in gleichem Masse aktuelles Wissen wie auch Beharrlichkeit, also immer wieder erneutes Ansprechen, voraus. Ebenso wichtig ist das den Patienten angepasste differenzierte Ansprechen. Vor allem Ärztinnen betonen, dass es neben den drei erwähnten Komponenten erfolgreicher Rauchstoppberatung auch Empathie mit den Patienten braucht.» (Müller 2017a, 3)
- Gemäss den Interviews mit dem Apothekenpersonal im Rahmen der Evaluation des NRP scheint es zwei Arten von Kunden zu geben: «Die einen sprechen in der Apotheke direkt über ihren Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören oder fragen nach einem Medikament, das ihnen beim Rauchstopp hilft. Die anderen müssen von der Equipe der Apotheke als Raucher oder

⁹⁸ Kriterium A (Ask) erfüllt bei: „Fragen Sie Ihre Patient/-innen jeweils, ob sie rauchen?“ -> Antwortalternativen 1 (ja, alle Patient/-innen) oder 2 (ja, aber nur bei einem für Rauchende typischen Krankheitsbild). Zusätzlich: „Dokumentieren Sie den Rauchstatus Ihrer Patient/-innen?“ -> Antwortalternativen 1 (ja, immer) oder 2 (ja, gelegentlich).

Kriterium B (Brief Advice) erfüllt bei: „Empfehlen Sie den Rauchenden, mit dem Rauchen aufzuhören?“ -> Antwortalternativen 1 (ja, allen Rauchenden).

Kriterium C (Cessation Support) erfüllt bei: „Empfehlen Sie Rauchenden, Unterstützung beim Rauchstopp in Anspruch zu nehmen?“ -> gemäss der genauen Definition des Kriteriums C müsste die Antwortalternative 1 (ja, jeder rauchenden Person) angekreuzt sein. In früheren Erhebungen wurde das Kriterium allerdings auch dann als erfüllt erachtet, wenn die Antwortoption 2 gewählt wurde (nur interessierten Rauchenden). In der nachfolgenden Auswertung wird daher das strengere Kriterium (Antwortalternative 1 angekreuzt; bezeichnet als Kriterium C₁) sowie das weniger strenge Kriterium (Antwortalternativen 1 oder 2 angekreuzt; bezeichnet als Kriterium C₂) dargestellt. Zusätzlich: „Welche Art der Unterstützung bieten Sie Ihren Patient(inn)en an, die mit dem Rauchen aufhören möchten bzw. was für Empfehlungen geben Sie ab?“ -> Fachperson erwähnt zumindest eine Art der Unterstützung.

Raucherin identifiziert werden. Identifikationsmerkmale sind zum einen Kunden oder Kundinnen, die ärztliche Rezepte gegen gesundheitliche Störungen vorweisen, die mit dem Tabakkonsum liiert sein können, zum andern sind es diejenigen, die etwa husten oder auch den typischen Geruch des Rauchenden ausströmen. Einige der Apotheker und Apothekerinnen beschränken sich darauf, ausschliesslich nur jene Kunden oder Kundinnen anzusprechen, die hinsichtlich eines Rauchstopps um Rat fragen oder ein Rezept für ein entsprechendes Medikament haben. Zum Teil fällt es den Befragten nicht leicht, Kunden und Kundinnen direkt aufs Rauchen anzusprechen; man zögert, verzichtet ganz darauf.» «Die meisten der Befragten empfehlen den Rauchern und Raucherinnen unter ihren Kunden zunächst, das Rauchen aufzugeben, doch tun sie dies zumeist vorsichtig und versuchen, ihr Ansinnen auch gesundheitlich zu begründen. Auch pekuniäre Argumente werden angeführt.» (Müller 2017b, 3ff)

- Apotheken gehen unterschiedlich weit in der Beratung zum Rauchstopp: «Wenn die Klienten als Raucher oder Raucherin identifiziert sind, erkundigt man sich zunächst nach dem Aufhörwunsch, sodann wird ihnen meist ein Medikament zur Erleichterung des Rauchstopps vorgeschlagen. Eine erste Gruppe von Apothekern und Apothekerinnen lässt es dabei bewenden. Eine zweite Gruppe von Fachpersonen in der Apotheke bietet mehr als eine nur oberflächliche Beratung an, vielmehr klärt sie in einer Anamnese die Motivationslage des Kunden/der Kundin sowie das Ausmass der Abhängigkeit. Eine dritte Gruppe schliesslich lässt es sich nicht dabei bewenden, Motivationslage und Abhängigkeitsniveau abzuklären, sondern bietet eine vertiefte Beratung an. Die Kunden und Kundinnen sollen dabei auch ihr Rauchverhalten näher beschreiben, damit entsprechende Verhaltensratschläge erteilt werden können.» «In den meisten Fällen werden zur Gewährleistung einer längerfristigen Unterstützung des Ausstiegs die Klienten wieder in die Apotheke bestellt, auch wird mit ihnen zusammen oftmals ein Plan ausgearbeitet. Die längerfristige Unterstützung fällt Apothekern und Apothekerinnen allerdings nicht immer leicht, können sie doch ihre Klienten nicht so einfach wieder einbestellen wie Ärzte und Ärztinnen.» (Müller 2017b, 3ff)

Ergänzende Erkenntnisse aus anderen Studien

- Fast die Hälfte der Rauchenden (45.2% gegenüber 47.5% im 2013) hat angegeben, in den letzten 12 Monaten eine Empfehlung erhalten zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören. 63.1% haben eine solche Empfehlung von einem Familienmitglied erhalten, 34.2% aus dem Freundeskreis, 25.8% von einem Arzt/einer Ärztin (2013: 25.9%), 4.4% von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin (2013: 1.1%) und 3.3% von einer anderen medizinischen Fachperson (2013: 1.6%). (Kuendig et al. 2016)
- 88% der Rauchenden und Ex-Rauchenden, denen der **Arzt oder die Ärztin** zum Rauchstopp geraten hatte, gaben 2010 an, befragt worden zu sein, wie viel sie rauchen. 77% (Ex-Rauchende 70%) wurden über die Schädlichkeit des Rauchens informiert und 72% (70%) über die Vorteile eines Rauchstopps. 55% (Ex 55%) wurden gefragt, ob sie motiviert sind, mit dem Rauchen aufzuhören. 50% (Ex 38%) wurden über die Schwierigkeiten eines Rauchstopps informiert. (Krebs et al. 2010)

Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien

- Evidenzbasierte Leitlinien zur Tabakprävention empfehlen vom Grundtenor her für alle relevanten medizinischen Settings, Patientinnen und Patienten grundsätzlich nach dem Rauchstatus zu fragen, diesen systematisch in der Patientendokumentation zu erfassen und

Unterstützung beim Rauchstopp anzubieten (AWMF 2015, 7ff99; Fiore 2008, iv100, ENSP 2012).

Hinderungsgründe

Die mit Abstand wichtigsten Hinderungsgründe für das Anbieten von Rauchstoppunterstützung (ca. 30-40%) sind laut Befragten ‚Fehlende Ausbildung‘, ‚fehlendes Interesse der Rauchenden‘ und ‚ich habe keine Zeit dafür‘. Diese Angaben beruhen auf einer gestützten Frage mit sechs vorgegebenen Kategorien. Grau hervorgehoben sind die jeweils drei am häufigsten genannten Gründe – es handelt sich bei allen Fachgruppen um dieselben drei, allerdings nicht immer in derselben Reihenfolge. Fett sind diejenigen Gründe markiert, die von mehr als der Hälfte der Fachpersonen genannt wurden. (Dey & Haug 2016)

	Ärzeschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahn- ärzte- schaft	Apotheker /-innen	Pharma- Assistent/- innen
		Kardiolog/- innen	Nichtärztl. Fach- personen			
Keine Zeit	32.8%	40.6%	20.8%	22.9%	23.2%	9.2%
Entwöhnung ist nicht wirksam	2.7%	2.9%	0.9%	3.6%	2.6%	1%
Kein Interesse der Fachperson	3%	2.9%	4.7%	7.4%	3.4%	1.5%
Fehlendes Interesse der Rauchenden	37.5%	33.3%	42.5%	50.8%	64.2%	71.7%
Angst, Patient/-innen zu verlieren	0.5%			4.9%	7.5%	4.3%
Keine entsprechende Ausbildung	39%	36.2%	31.1%	30.3%	14.9%	17.3%

Tab. 29 Hinderungsgründe für Interventionen

- In anderen Studien werden neben diesen Gründen auch weitere genannt, wie z.B. die fehlenden finanziellen Abgeltungen sowohl auf Seite der Ärzteschaft wie auch auf Seite der rauchenden Patientinnen und Patienten.¹⁰¹ (Humair 2015)
- In einer systematischen Review (Europa) wurden Evidenzen zu Hürden für Rauchstoppinterventionen kategorisiert. Die Vielfalt identifizierter Hürden wurde den vier Kategorien: ‚Merkmale der Ärzteschaft‘ (wie z.B. Rauchstatus, Einstellungen), ‚Merkmale der Patient/-innen‘ (z.B. Krankheiten, Elternschaft), ‚strukturelle Faktoren‘ (z.B. Zeit, Kurse) und

⁹⁹ „Wenn Menschen als Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, soll systematisch in geeigneter Weise der Rauchstatus erfragt werden. Diese Information soll auch in die Patientendokumentation einfließen. ... Raucherinnen und Rauchern, die sich als entwöhnungswillig, wenn auch als nicht ohne Unterstützung entwöhnungsfähig einschätzen, sollen zunächst Angebote niederschwelliger Verfahren (insbesondere Kurzberatung, motivierende Gesprächsführung, Telefonberatung) gemacht werden. Wenn eine intensivere Behandlung benötigt und gewünscht wird, soll eine verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung ggf. in Verbindung mit Medikamenten vorgeschlagen werden.“ (AWMF 2015, 7ff)

¹⁰⁰ „This Guideline urges every clinician, health plan, and health care institution to make treating tobacco dependence a top priority during these visits. Please ask your patients two key questions: “Do you smoke?” and “Do you want to quit?” followed by use of the recommendations in this Guideline.“ (Fiore 2008, iv)

¹⁰¹ „Les médecins eux-mêmes identifient 3 types d'obstacles à l'offre d'aide à l'arrêt du tabac dans la pratique médicale : manque de connaissances et de compétences dues au déficit de la formation des médecins dans les domaines de la prévention, notamment de la tabacologie ; obstacles liés à l'organisation de la pratique médicale : absence d'incitatifs du patient, manque de temps dans les consultations médicales orientées vers les aspects curatifs ; obstacles liés au système de santé : manque d'incitatifs financiers pour l'aide à l'arrêt du tabac qui concerne aussi bien dans l'insuffisance du paiement du médecin que le remboursement des frais au patient.“ (Humair 2015, 103)

‚Wissen/Fähigkeiten (inkl. Einstellungen)‘ zugeordnet. Dabei hat sich keiner der Faktoren als die anderen deutlich überragend erwiesen.¹⁰² (Stead et al. 2009)

- Die im Rahmen der Evaluation des NRP interviewten Ärztinnen und Ärzte sehen vor allem auf vier Ebenen Schwierigkeiten bei der Rauchstoppberatung und -behandlung: «Primäre Schwierigkeit liegt im Suchtcharakter der Rauchgewohnheit. Eine zweite Ebene liegt in gesellschaftlichen Randbedingungen: Rauchen hat nicht den Stellenwert, der ihm zukommen sollte. Eine dritte Ebene ist der chronische Zeitmangel vieler Ärzte und Ärztinnen. Eine vierte Ebene liegt schliesslich beim Patienten selbst: Wenn der Patient nicht will, kann man nichts machen.» (Müller 2017a, 3)
- Die grösste Schwierigkeit in der Rauchstoppberatung in der Apotheke ist gemäss den Interviews «zweifelsohne das Ansprechen der Klienten und Klientinnen. Die zweitgrösste Schwierigkeit ist die mangelnde Zeit und damit verbunden auch das mangelnde Geld für die Beratungstätigkeit. Grosse Schwierigkeiten bieten für die meisten Befragten auch die längerfristige Betreuung von Kunden und Kundinnen.» (Müller 2017b, 4). In den Interviews zeigte sich zudem, dass ApothekerInnen kaum auf einer später erneuten Ansprache bei beratungsunwilligen Klienten insistieren. «Im Patientendossier wird der Rauchstatus des Klienten auch nicht erfasst. Man ist vielmehr der Ansicht, dass Kundenwünsche respektiert werden müssen.» (Müller 2017b, 3)

Fazit

- Evidenzbasierte Leitlinien zur Tabakprävention empfehlen vom Grundtenor her für alle relevanten medizinischen Settings, Patientinnen und Patienten grundsätzlich nach dem Rauchstatus zu fragen, diesen systematisch in der Patientendokumentation zu erfassen und Unterstützung beim Rauchstopp anzubieten.
- Die medizinischen Fachpersonen engagieren sich unterschiedlich stark im Bereich des Rauchstopps. Mehr als 4 von 5 Ärztinnen und Ärzten sprechen gemäss eigenen Angaben alle Patientinnen und Patienten auf das Rauchen an, dokumentieren den Rauchstatus immer, empfehlen allen Rauchenden einen Rauchstopp und empfehlen zumindest den interessierten Rauchenden, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Bei den Kardiologinnen und Kardiologen sind es jeweils gar über 90%. Bei nicht-ärztlichen Fachpersonen im Bereich Herz-Kreislauf/Diabetes und bei Zahnärztinnen und -ärzten sind die Werte deutlich tiefer. In der Apotheke werden fast alle Rauchenden bei einem typischen Krankheitsbild auf das Rauchen angesprochen, allerdings empfiehlt nur etwas mehr als ein Drittel der Apothekerinnen und Apotheker und ein Fünftel der Pharmazieassistentinnen und -assistenten allen Rauchenden einen Rauchstopp (bei Abgabe von entsprechenden Medikamenten sind es deutlich mehr).
- Direkte Vergleiche des Interventionsverhaltens mit Vorjahren sind aufgrund veränderter Erhebungsfragen nur teilweise möglich. Dort wo ein direkter Vergleich mit Vorjahren möglich ist, deuten die Zahlen mehrheitlich eher auf ein systematischeres Interventionsverhalten hin, allerdings mit Ausnahmen.
- Der Grossteil der medizinischen Fachpersonen führt zwar Kurzinterventionen zur Förderung von Rauchstopps durch, dies aber mehrheitlich selektiv und nicht systematisch bei allen Rauchenden. Die entsprechende Aktivität der Zahnärztinnen und Zahnärzte ist im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten bescheiden.
- Die Gründe, welche einen Teil der Fachpersonen daran hindern, Rauchstopppunterstützung anzubieten, sind vielfältig und es kristallisiert sich kein Hauptgrund heraus. Es gibt eine Reihe von Gründen, welche medizinische Fachpersonen daran hindern, Unterstützung beim Rauchstopp

¹⁰² „One clear message from the review is that no single factor or category of factors explains the variability in GPs' engagement in smoking cessation interventions; therefore, solutions for influencing GP behaviour will need to be similarly multifaceted.^{64,65} Overcoming time and cost barriers remains important,² but these are not the only or primary barriers. GPs' knowledge, skills, and attitudes — including whether GPs personally find such work rewarding and feel it can make a difference — are also important.“ (Stead et al. 2009, 688)

anzubieten. ‚Mangelnde Ausbildung‘, ‚keine Zeit‘ und ‚fehlendes Interesse der Rauchenden‘ sind gemäss Befragung 2016 die wichtigsten. Neben diesen gestützt abgefragten Gründen dürfte aufgrund von Hinweisen aus anderen Studien die ‚fehlende finanzielle Abgeltung‘ ein weiterer wichtiger Grund sein. Die Ergebnisse zeigen im Weiteren deutlich, dass es kaum medizinische Fachpersonen gibt, die an der Wirksamkeit der Tabakentwöhnung zweifeln.

8.3.4 Vision: Flächendeckende Ansprache von Rauchenden über die medizinischen Settings

Datenquellen zur Beurteilung des Potenzials des Programms hinsichtlich dieser Vision

- Statistiken des Bundes: BFS 2014
- Andere Studien: Borland Li et al. 2012, Fiore et al. 2008; Krebs et al. 2010 (Tabakmonitoring); Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015), Zhu et al. 2012; Ulbricht et al. 2011, Humair & Ward 1998

Erkenntnisse zur Kontakthäufigkeit mit med. Fachpersonen

- Wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 zeigt, suchten 71% der Männer und 86% der Frauen ab 15 Jahren innerhalb von zwölf Monaten mindestens einmal eine Arztpraxis auf, insgesamt zwei Drittel mindestens einmal jährlich einen Allgemeinpraktiker/eine Allgemeinpraktikerin. Ebenfalls zwei Drittel suchten jährlich eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt auf, etwas mehr als 50% eine Dentalhygienikerin/einen Dentalhygieniker und gegen 40% eine Apotheke (BFS 2014).

Erkenntnisse zur Ansprache durch med. Fachpersonen

- Der Grossteil der Rauchenden (82%) wurde schon einmal von einer **Ärztin/einem Arzt** oder in einer zahnmedizinischen Praxis auf ihr Rauchverhalten angesprochen¹⁰³. Jüngere werden von den Ärztinnen und Ärzten weniger angesprochen als ältere. (Krebs et al. 2010) [moderat]
- „53.8% der täglich Rauchenden und 27.0% der Gelegenheitsrauchenden wurde in den vergangenen 12 Monaten geraten, mit dem Rauchen aufzuhören (47.5% der Rauchenden; leichter Rückgang gegenüber 2013). Bei täglich Rauchenden kommen solche Ratschläge üblicherweise von der Partnerin bzw. dem Partner oder Familienmitgliedern (63.1%), Bekannten oder Freundinnen und Freunden (34.2%) und/oder von einer Ärztin/einem Arzt (25.8%).“ (Kuendig et al. 2016) (25.8% von 53.8% würden etwa 14% ergeben).
- Es geben deutlich mehr Personen an, von Ärztinnen und Ärzten angesprochen worden zu sein als in einer zahnmedizinischen Praxis. **Hausärzte und Hausärztinnen** sind dabei mit Abstand die häufigsten Ansprechpersonen, sowohl bei den Männern (85%) als auch bei den Frauen (67%). 16% der Frauen sprachen letztmals mit einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin über das Rauchen. Gynäkologen und Gynäkologinnen sind nach den Hausärzten vor allem für 20- bis 34-jährige Frauen häufige Ansprechpartner. (Krebs et al. 2010)
- 2010 gaben 84% der Rauchenden an, schon einmal mit einem **Arzt oder einer Ärztin** übers Rauchen gesprochen zu haben. 47% erwähnen nur die Arztpraxis und 10% nur die **zahnmedizinische Praxis**, 21% erwähnen beides. (Krebs et al. 2010)

¹⁰³ „84% der 14- bis 65-jährigen Raucherinnen und Raucher berichten in der Erhebung von 2010, sie hätten schon einmal mit einem Arzt / einer Ärztin oder in einer zahnmedizinischen Praxis über ihre Rauchgewohnheiten gesprochen 2001/02 waren es 81%, 2005/06 80% und 2007/08 79%. In der Befragung von 2010 ging bei 62% aller Rauchenden die Initiative zum Gespräch ausschliesslich vom Arzt bzw. der Ärztin oder vom zahnmedizinischen Praxisteam aus. Weitere 20% berichten, dass sie das Thema zusätzlich auch schon von sich aus angesprochen hatten, während nur 2% das Thema von sich aus ansprachen, ohne dass sie zuvor nach ihren Rauchgewohnheiten gefragt wurden. 15% (= niedrigster Wert der ganzen Untersuchungsperiode) hatten noch nie in einer ärztlichen oder zahnmedizinischen Praxis übers Rauchen gesprochen. Ein Prozent machte dazu keine Angaben.“ (Krebs et al. 2010, 18)

- 88% der Rauchenden und Ex-Rauchenden, denen der **Arzt oder die Ärztin** zum Rauchstopp geraten hatte, gaben 2010 an, gefragt worden zu sein, wie viel sie rauchen. 77% (Ex-Rauchende 70%) wurden über die Schädlichkeit des Rauchens informiert und 72% (70%) über die Vorteile eines Rauchstopps. 55% (Ex 55%) wurden gefragt, ob sie motiviert sind, mit dem Rauchen aufzuhören. 50% (Ex 38%) wurden über die Schwierigkeiten eines Rauchstopps aufgeklärt. (Krebs et al. 2010)
- Beim letzten Gespräch mit dem **Arzt/der Ärztin** erhielten 50% der Rauchenden die Empfehlung, mit dem Rauchen aufzuhören. (Krebs et al. 2010)
- In der Befragung 2010 ist insgesamt kein klarer Trend erkennbar, der auf häufigere ärztliche Interventionen und Rauchstopp-Empfehlungen schliessen lassen würde. (Krebs et al. 2010)
- **Zahnärztliche Praxis:** 31% der 14- bis 65-jährigen Rauchenden haben schon einmal in einer zahnmedizinischen Praxis über das Rauchen gesprochen. Das sind 6 Prozentpunkte mehr als in der Befragung von 2007/08. 53% haben letztmals mit dem Zahnarzt oder der Zahnärztin darüber gesprochen, 43% mit der Dentalhygienikerin oder dem Dentalhygieniker und 2% mit der Dentalassistentin oder dem Dentalassistenten. Auffallend in den letzten 5 Jahren (2005/06-2010) ist der leichte Trend zur Dentalhygienikerin als Ansprechperson. 31% der 14- bis 65-jährigen Rauchenden haben in der zahnmedizinischen Praxis schon einmal übers Rauchen gesprochen. Von ihnen sagt etwas mehr als ein Drittel (38%), dass ihnen empfohlen wurde, mit dem Rauchen aufzuhören. Auf die Gesamtpopulation aller Rauchenden bezogen, erinnern sich somit 12% der aktuell Rauchenden, dass ihnen die behandelnde Fachperson im letzten Gespräch übers Rauchen zum Rauchstopp geraten hat. 24% derjenigen Rauchenden, denen in der zahnmedizinischen Praxis zum Rauchstopp geraten wurde, berichten, dass ihnen vom Praxisteam eine oder mehrere Entwöhnungshilfen empfohlen wurden – also wurden 3% der Rauchenden Entwöhnungshilfen angeboten (25% von 12%, S. 41). (Krebs et al. 2010)
- 6% der Rauchenden (und 4% der Ex-Rauchenden) hatten sich schon einmal in einer **Apotheke** über einen Rauchstopp beraten lassen. (Krebs et al. 2010)

Erkenntnisse zu den Erwartungen der Patientinnen und Patienten

- Patientinnen und Patienten erwarten, dass sie von **Ärztinnen und Ärzten** angesprochen und beraten werden. 60% der 14- bis 65-jährigen Rauchenden erwarten, dass ein Arzt oder eine Ärztin sie fragt, ob sie rauchen. Von den Rauchenden, die erwarten, dass nach ihren Rauchgewohnheiten gefragt wird, sind 85% der Meinung, der Arzt oder die Ärztin sollte den Patientinnen und Patienten empfehlen, mit dem Rauchen aufzuhören. Das sind 51% aller Rauchenden (Krebs et al. 2010, vgl. auch Humair & Ward 1998). Letztere Zahl wird auch gestützt durch eine Untersuchung in Deutschland (Ulbricht et al 2011: 50% erwarten, dass der Hausarzt (GP) das Thema Rauchen anspricht).
- 55% der 14- bis 65-jährigen Rauchenden erwarten, dass **Apotheken** eine Beratung zum Rauchstopp anbieten. 6% hatten sich schon einmal in einer Apotheke über einen Rauchstopp beraten lassen, wobei die Nachfrage in der französischen Schweiz (11%) am grössten war¹⁰⁴. Von den Ex-Rauchenden erwarten 64%, dass Apotheken eine Beratung zum Rauchstopp anbieten. Damals, als sie noch geraucht hatten, liessen sich 4% in einer Apotheke über einen Rauchstopp beraten. (Krebs et al. 2010)
- 30% der 14- bis 65-jährigen Rauchenden erwarten, dass sie in der **zahnmedizinischen Praxis** gefragt werden, ob sie rauchen. Davon sind 75% der Meinung, dort sollte den Patientinnen und Patienten empfohlen werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Das sind 28% aller Rauchenden. Die Erwartungen, in der zahnmedizinischen Praxis auf die Rauchgewohnheiten angesprochen und zum Rauchstopp angehalten zu werden, sind zwar deutlich kleiner als die entsprechenden Erwartungen in der Arztpraxis, aber sie sind in den letzten Jahren grösser geworden. (Krebs et al. 2010)

¹⁰⁴ In der Romandie gibt es vergleichsweise viele Apotheken, da die Aerzteschaft Medikamente nicht direkt abgeben kann.

Erkenntnisse aus internationalen Studien

- In den USA erhält (nur) etwa die Hälfte der Rauchenden mind. einmal jährlich von einer medizinischen Fachperson den Rat, mit dem Rauchen aufzuhören. (Borland Partos et al. 2012)¹⁰⁵ [0 (Einerseits Hinweis, dass die Ansprache funktioniert, andererseits nur bei der Hälfte der Rauchenden pro Jahr), eher stark]
- Ergebnis einer gross angelegten internationalen Studie war, dass zwischen 50-70% der Rauchenden in höher entwickelten Ländern im Verlaufe eines Jahres eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. (Borland Li et al. 2012) [eher stark]
- In den USA machen zwischen 4-5% der Rauchenden jährlich einen Rauchstopp von mindestens 3 Monaten. Über die letzten beiden Jahrzehnte ist dieser Anteil relativ stabil geblieben. Die Autor/-nnen folgern, dass in den letzten Jahren zu viel getan wurde, um die Interventionen zu verbessern und dabei vernachlässigt wurde, den Erreichungsgrad von Rauchenden zu erhöhen. (Zhu et al. 2012) [0, stark]
- Fiore et al (2008) empfehlen aufgrund ihres systematischen Reviews, dass möglichst unterschiedliche medizinische Fachpersonen Rauchende auf Ihr Rauchen ansprechen.¹⁰⁶

Fazit

- Gemäss den Angaben der befragten medizinischen Fachpersonen (s. Kap. 8.3.3) dürfte die grosse Mehrheit der Rauchenden durch medizinische Fachpersonen auf ihr Rauchverhalten angesprochen werden (z.B. sagen 85.9% der Ärztinnen und Ärzte sowie 67.8% der Zahnärztinnen und Zahnärzte, dass sie alle Rauchenden ansprechen).

Die in diesem Kapitel zusammengetragenen Zahlen zeigen die Sicht der Rauchenden:

- Ansprache und Beratung durch **Ärztinnen und Ärzte**: 68% haben schon einmal mit der Ärztin oder dem Arzt über das Rauchen gesprochen. Der Hälfte davon wurde geraten, mit dem Rauchen aufzuhören und wieder der Hälfte von diesen wurden Entwöhnungshilfen angeboten (Krebs et al. 2010). Also wurden insgesamt weniger als einem Fünftel (ca. 17%) der Rauchenden Entwöhnungshilfen angeboten. Etwas über 50% wurde in den letzten 12 Monaten geraten, mit dem Rauchen aufzuhören, bei einem Viertel von einer Ärztin/einem Arzt. Das würde bedeuten, dass eine entsprechende Empfehlung jährlich rund 14% erhalten.
- Die Erwartungen, in der **zahnmedizinischen Praxis** auf die Rauchgewohnheiten angesprochen und zum Rauchstopp angehalten zu werden, sind zwar deutlich kleiner als die entsprechenden Erwartungen in der Arztpraxis, aber sie sind in den letzten Jahren grösser geworden. 31% der 14- bis 65-jährigen Rauchenden haben schon einmal in einer zahnmedizinischen Praxis übers Rauchen gesprochen.
- Rauchstopp-Beratung in **Apotheken** findet zwar grundsätzlich eine hohe Akzeptanz und entspricht einer breiten Erwartungshaltung, wurde bisher aber noch eher wenig genutzt. 6% der Rauchenden (und 4% der Ex-Rauchenden) hatten sich schon einmal in einer Apotheke über einen Rauchstopp beraten lassen.

8.3.5 Erhöhte Wissens- und Handlungskompetenz

Ausformulierung des Ziels: Rauchende wissen mehr über das Rauchen und die Rauchentwöhnung und sie sind fähig, dieses Wissen auch umzusetzen.

¹⁰⁵ "Even in the country where smokers are most likely to receive quit advice from health professionals (the USA), our data suggests that only half of all smokers receive any such advice each year." (Borland Partos et al. 2012)

¹⁰⁶ "Recommendation: Treatment delivered by a variety of clinician types increases abstinence rates. Therefore, all clinicians should provide smoking cessation interventions. (Strength of Evidence = A)" (Fiore et al. 2008, 87)

Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse
35% der täglich Rauchenden haben beim letzten Aufhörversuch eine Gesundheitsfachperson konsultiert	- Diese Zahl ist weder im Suchtmonitoring 2015 noch im Suchtmonitoring 2013 zu finden. Die Ergebnisse der Befragung der Rauchstoppwettbewerbs-teilnehmenden können dazu nicht verwendet werden (zu spezifisch).
Erhöhte Downloads und visits und erhöhte Beanspruchung der telefonischen Beratungen (zunehmend, bis 1'300 im 2017 durch Massnahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms).	- Die Messung von Downloads erweist sich einerseits aufgrund der vielfältigen Dokumente und regelmässiger Anpassungen als schwierig, andererseits kann nicht identifiziert werden, ob die Downloads von Rauchenden oder von Fachpersonen stammen. - Es kann nicht beziffert werden, wie viele Anrufe bei der Rauchstopplinie dem NRP zugeordnet werden können. Ein Bezug kann lediglich zum Rauchstoppevent gemacht werden.
Herz-Kreislauf- und Diabetes-Kranke, potenzielle Patientinnen und Patienten sowie weitere Interessierte wissen Bescheid über den Zusammenhang zwischen dem Rauchen und Herz-Kreislauf- bzw. Diabetes-Krankheiten	- Dieses Ziel ist nicht beurteilbar, da keine Daten dazu verfügbar sind.
20 % der angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Rauchstopp-Wettbewerb (vier wöchigen Rauchpause, Teil des Rauchstoppevents) sind von der Rauchstopplinie beraten worden	- Die Beraterinnen der Rauchstopplinien kontaktierten 2017 insgesamt 1058 Personen (20% der TN). Mit knapp der Hälfte wurde in der Folge mehr als ein Gespräch geführt (es zeigt sich, dass sich nicht alle kontaktierten Personen in der Nachbefragung an die Kontaktaufnahme erinnern). - Ergebnis aus der Befragung 2016: 12% der Befragten gaben an, die Rauchstopplinie beim Rauchstoppversuch als Hilfsmittel genutzt zu haben (Link 2017)
40% der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte weisen Raucher/-innen für eine Rauchstoppberatung weiter (indirektes Detailziel)	- Mit den vorhandenen Daten ist dieses Ziel nicht direkt beurteilbar: 64.7% der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte geben an, dass sie allen oder zumindest den interessierten Rauchenden empfehlen, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Davon empfehlen 44.8% Rauchstoppkurse, 26.6% die Rauchstopplinie und 28.6% bieten die Überweisung an eine spezielle Tabakentwöhnungsberatung an (Mehrfachnennungen!). Dey & Haug 2016, 172).
30% der täglich Rauchenden haben beim letzten Aufhörversuch Beratungsangebote in Anspruch genommen, die vom Nationalen Rauchstopp-Programm gefördert werden.	- Dieses Ziel kann aufgrund der Berichte zum Suchtmonitoring 2015 und 2013 nicht beantwortet werden. ¹⁰⁷

Tab. 30 Erhöhte Wissens- und Handlungskompetenzen

Fazit

- Die Erreichung der Wirkungsziele zu ‚erhöhte Wissens- und Handlungskompetenzen‘ von Rauchenden kann mehrheitlich nicht beantwortet werden. Es liegen auch keine Daten vor, die beurteilen lassen würden, inwiefern die Wissens- und Handlungskompetenzen von Rauchenden in den letzten Jahren gestiegen sind.

¹⁰⁷ Erstens bräuchte es teilweise Zusatzauswertungen, andererseits ist nicht klar, ob die 12.6% „andere Hilfen“ detailliert erfasst wurden und dem Programm zugeordnet werden könnten (Kuendig et al. 2016, 61).

8.3.6 Gesteigerte Intention, einen Rauchstopp zu unternehmen

Ausformulierung des Ziels: Eine zunehmende Anzahl von erwachsenen Rauchenden hat die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören

Datenquellen zur Beurteilung dieses Wirkungsziels

- Projektstatistik
- Studien: Keller et al. 2011 (Tabakmonitoring 2001-2010); Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015); CDC 2010

Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse
Jährlich ist eine zunehmende Beteiligung am Rauchstoppevent zu verzeichnen, im 2017 sind es 5'000 Teilnehmende.	- Im 2016 haben verglichen mit den Vorjahren etwa halb so viele Personen am Rauchstoppwettbewerb mitgemacht (insgesamt 1'889 plus 134 nur am Rauchstopptag), im 2017 waren es 5'228 Teilnehmende
Gleichbleibende Nachfrage nach Informationsmaterial (Bestellungen, Downloads) trotz immer stärker werdender Informationskonkurrenz (Internet, Angebote Dritter etc.)	- Die Zielerreichung ist schwierig zu beurteilen: Die Bestellungen durch Einzelpersonen sind zurückgegangen, seit die Merkblätter als pdf heruntergeladen werden können. Die Downloads zu zählen ist schwierig, weil es einerseits immer wieder Aktualisierungen und neue Dokumente gibt (Einschätzung der Programmleitung). Zudem gelangen Interessierte im Internet nicht unbedingt auf die Webseite des Rauchstopp-Programms, wenn sie einen thematischen Suchbegriff (z.B. Rauchstopp) eingeben.

Tab. 31 Intention, einen Rauchstopp zu unternehmen

Zur Höhe und Entwicklung der Aufhörbereitschaft von Rauchenden in der Schweiz

- In der Schweiz geben über die Hälfte der Rauchenden an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (52.8% im 2015, Tendenz steigend: 41.4% im 2011). Bei den täglich Rauchenden liegt der Anteil gar bei 60.1% (37.2% bei den gelegentlich Rauchenden). In den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufhören zu wollen beabsichtigen 32.7% (Tendenz seit 2011 steigend), in den nächsten 30 Tagen noch 14.5% (Tendenz seit 2011 ebenfalls steigend) (Kuendig et al. 2016)
- Von 2001 bis 2010 ist die Aufhörbereitschaft relativ stabil geblieben. (Keller et al 2011)
- Die Aufhörbereitschaft liegt in der Schweiz seit etwa 30 Jahren ähnlich hoch (bei rund 50%), mit Schwankungen zwischen den Jahren. In den USA liegt die Aufhörbereitschaft deutlich höher, bei ca. 70% (auch relativ stabil seit Jahren). (CDC 2010)
- Allerdings geben nur 24% der Befragten an, in den letzten 12 Monaten einen Rauchstoppversuch unternommen zu haben. Diejenigen, die zwar aufhören möchten, dies aber nicht in den 6 Monaten zu tun beabsichtigen, geben dafür unterschiedliche Gründe an: weil es ein Genuss ist (36.1%), weil es gegen Stress hilft (31.6%), weil es schwierig ist aufzuhören (25.6%), weil es Gewohnheit ist (26.7%), weil sie nur wenig konsumieren (13.2%) oder weil sie einfach noch nicht so weit sind (12.6%). (Kuendig et al. 2016)
- „Insgesamt wollen 49.0% der täglich Rauchenden und 60.7% der Gelegenheitsrauchenden nicht aufhören, weil sie 'aus Genuss' rauchen.“ (Kuendig et al. 2016, 9)
- Motivation ist keine stabile Eigenschaft, sondern zeit- und kontextabhängig wechselnd. (Experteneinschätzung, P. Lindinger)

Fazit

- In den letzten Jahren scheint die Aufhörbereitschaft leicht gestiegen zu sein. Allerdings handelt es sich eher um Jahresschwankungen, da die Aufhörbereitschaft seit etwa drei Jahrzehnten ähnlich hoch ist.
- Genuss, Gewohnheit und weil das Rauchen beim Stressabbau helfe - in Verbindung mit der Schwierigkeit aufzuhören - hindern die Rauchenden daran, einen Rauchstopp zu unternehmen.

8.3.7 Stärkere Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen

Ausformulierung des Ziels: Mehr aufhörwillige Personen nehmen evidenzbasierte Aufhörhilfen in Anspruch

Datenquellen zur Beurteilung dieses Wirkungsziels

- Projektstatistik
- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016; Link 2017
- Studien: Kuendig et al 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015), Kuendig et al 2014 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2013); Cancer Institute NSW 2012; Cooper et al. 2011; ITC 2011

Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse
Bis 1'300 Anrufe pro Jahr (im 2017) bei der Rauchstopplinie, die dem Nationalen Rauchstopp-Programm zugeordnet werden können.	- Es kann nicht beziffert werden, wie viele Anrufe bei der Rauchstopplinie dem NRP zugeordnet werden können. Ein Bezug kann lediglich zum Rauchstoppevent gemacht werden.
20% der Teilnehmenden am Rauchstoppevent nutzen Online-Tools für den Rauchstopp	- 14% haben angegeben, eine Online Hilfe verwendet zu haben.
60% der Wettbewerbsteilnehmenden (Rauchstoppevent) nutzen Angebote, die vom Nationalen Rauchstopp-Programm gefördert werden.	- Knapp 60% (58.5) geben an, eine der vom NRP empfohlenen Rauchstopphilfen genutzt zu haben. (Befragung Link 2017)

Tab. 32 Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen

Weitere Erkenntnisse

- Aus dem Suchtmonitoring 2015 im Vergleich zu 2013 gibt es keine deutlichen Hinweise in Bezug auf eine gesamthaft veränderte Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen¹⁰⁸. Insgesamt scheint der Anteil von Rauchenden und der Ex-Rauchenden, die entsprechende Entwöhnungshilfen in Anspruch genommen haben, gering zu sein und dürfte in der Grössenordnung von 10-20% liegen. (Kuendig et al. 2016, Kuendig et al. 2014)
- Medizinische Fachpersonen empfehlen primär evidenzbasierte Aufhörhilfen (Dey & Haug 2016). Durch die tendenziell leicht gestiegene Interventionshäufigkeit medizinischer Fachpersonen (vgl. Kap. 8.3.3) könnte auch die Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen leicht gestiegen sein.
- Die Zahlen zu den Empfehlungen evidenzbasierter Aufhörhilfen durch medizinische Fachpersonen im Jahr 2016 zeigen im Vergleich mit früheren Erhebungen keine eindeutigen Entwicklungen. Gewisse Aufhörhilfen werden mehr, gewisse weniger empfohlen oder verschrieben, teilweise sind die Zahlen vergleichbar mit Vorjahren. Der Vergleich ist aber auch deshalb schwierig, weil zum Teil die Erhebungsfragen und auch die Entwöhnungshilfen geändert haben. (Dey & Haug 2016)
- Der Grossteil der täglich Rauchenden (70.1%) gab im Suchtmonitoring 2015 an, beim letzten Rauchstopp keinerlei Unterstützung oder Entwöhnungshilfen benutzt zu haben. (Kuendig et

¹⁰⁸ Im 2015 gaben 70.1% der täglich Rauchenden an, beim letzten Rauchstoppversuch keinerlei Aufhörhilfen in Anspruch genommen zu haben, im 2013 waren es 65.7%. Bei den Ex-Rauchenden, die täglich geraucht haben, waren es im 2015 76.5% und im 2013 76.3%. (Kuendig et al. 2016 und 2014, jeweils in den Tabellen im Anhang)

al. 2016, 61) Rund drei Viertel der ehemals täglich Rauchenden gaben im 2013 an, beim Rauchstopp keine besonderen Hilfsmittel (72.6%) bzw. keine bestimmte Informationsquelle (76.4%) genutzt zu haben; 6.4% haben bei einer Ärztin bzw. einem Arzt Informationen eingeholt, 3.6% Nikotinkaugummis und 2.2% Nikotinpflaster verwendet. (Kuendig et al 2014, 69) [0, eher stark]

- Die Minderheit der befragten Rauchenden und Ex-Rauchenden ist der Meinung, dass professionelle Unterstützung (ärztliche Beratung, Rauchstopplinie, App,...) für einen nachhaltigen Rauchstopp hilfreich ist.¹⁰⁹ (Kuendig et al. 2016) [-, eher stark].
- Die häufigsten Informationsquellen, die von den täglich Rauchenden beim letzten Rauchstopp genutzt wurden, waren der Arzt/die Ärztin (10.9%) und der Apotheker/die Apothekerin (5.9%). (Kuendig et al 2014) [+, eher stark]

Internationale Vergleiche

- In Australien sinken die Raten der Personen, die ohne jegliche Hilfe einen Rauchstopp versuchen. Es ist davon auszugehen, dass dies auf die verschiedenen Informationsquellen zurückzuführen ist. Somit verwenden mehr aufhörwillige Raucher/-innen evidenzbasierte Methoden für den Rauchstopp. (Cancer Institute NSW 2012). New South Wales. New South Wales Smoking and Health Survey 2011. Sydney. Cancer Institute NSW 2012)
- Der Cancer Institut NSW Smoking and Health Survey und die ITC Studie 2011 stellen einen abnehmenden Trend des Selbstaufhörens fest. Die Definition des Selbstaufhörens lautet: Kein NRT, kein Selbsthilfematerial, keine ärztliche Konsultation, kein Ratschlag von Gesundheitsfachleuten, kein Quitline-Anruf, keine Nutzung alternativer Methoden, keine Nutzung von Online Programmen. Resultate des Cancer Instituts Surveys: Die Rate von Selbstaufhörenden fiel von 68 auf 55 % zwischen 2005 und 2012. Gemäss ITC Studie (2011) war ein Rückgang des Selbstaufhörens von 63% im 2002/2003 auf 41% im 2008/2009 zu verzeichnen. (Cancer NSW 2012, Cooper et al. 2011) Es wird allerdings diskutiert, ob dieser Rückgang bei den Selbstaufhörenden künstlich, durch die Art der Erhebungen, erzeugt wird.

Fazit

- Die Evaluationsergebnisse lassen nicht abschliessend beurteilen, inwiefern in der Schweiz heute insgesamt mehr oder weniger evidenzbasierte Aufhörhilfen genutzt werden. Da die Interventionshäufigkeit von medizinischen Fachpersonen (zum Thema Rauchstopp) tendenziell gestiegen ist und medizinische Fachpersonen primär evidenzbasierte Aufhörhilfen empfehlen, kann vermutet werden, dass die Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen gestiegen ist.
- Veränderungen im Angebot der Entwöhnungshilfen sowie Veränderungen in den Erhebungsfragen tragen dazu bei, dass Vergleiche über die Zeit schwierig sind. Internationale Studien deuten aber darauf hin, dass die Zahl der Selbstaufhörenden tendenziell abnimmt.

8.3.8 Mehr Rauchstoppversuche und mehr erfolgreiche Rauchstopps

Ausformulierung des Ziels: Der Anteil der Rauchenden, welche Rauchstoppversuche unternehmen, ist erhöht und nach erfolglosem Rauchstopp werden neue Versuche unternommen. Mehr und mehr Personen haben mit ihren Rauchstoppversuchen Erfolg und werden dadurch rauchfrei.

¹⁰⁹ Nur 11.3% der Rauchenden und Ex-Rauchenden gaben an, dass Unterstützung wie ärztliche Ratschläge, Rauchstopplinie, Smartphone-App etc. für einen nachhaltigen Rauchstopp hilfreich sind (zusätzliche 27.3% gaben ,eher ja' an). 19.3% antworteten mit ,Nein sicher nicht', und 30.6% ,eher nicht' (11.5% konnten sich nicht positionieren). (Kuendig et al. 2016)

Wirkungsziele des Programms	Ergebnisse
Jährlich ist eine zunehmende Beteiligung am Rauchstoppevent zu verzeichnen, im 2017 sind es 5'000 Teilnehmende.	- Im 2016 haben verglichen mit den Vorjahren zwar etwa halb so viele Personen am Rauchstoppwettbewerb mitgemacht (insgesamt 1'889 plus 134 nur am Rauchstopptag), im 2017 waren es aber 5'228 Teilnehmende.
200 Spitalmitarbeitende machen im Jahr 2017 einen Rauchstopppversuch von mindestens einem Tag. 40 Mitarbeitende in Spitälern (Rauchstoppevent) machen im Jahre 2017 einen Rauchstopp von mindestens einem Monat.	- Das Ziel wurde aufgrund von Beitragskürzungen des Tabakpräventionsfonds fallengelassen

Tab. 33 Rauchstopppversuche und erfolgreiche Rauchstopps

Fazit

- Über medizinische Fachpersonen will das NRP dazu beitragen, dass es in der Schweiz mehr Rauchstopppversuche und letztlich mehr erfolgreiche Rauchstopps gibt. Die drei dazu formulierten Wirkungsziele sind allerdings sehr spezifisch und decken nur einen sehr kleinen Ausschnitt aus dem Potenzial von Interventionen durch medizinische Fachpersonen ab.

8.4 Beurteilung der Wirkungszusammenhänge

8.4.1 WB 1: Beitrag des Programms zur Verankerung der Themen Tabakprävention und Rauchstopp in der Ausbildung medizinischer Fachpersonen

Annahmen

- Dem NRP gelingt es, das Thema Rauchstopp mit den Inhalten des Programms in Ausbildungen für medizinische Fachpersonen zu verankern

Risiken

- Tabakprävention ist nur eines unter vielen konkurrierenden Themen
- Das NRP hat nur geringen Einfluss auf die Gestaltung der Ausbildungsgänge.

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Andere Akteure sind dafür verantwortlich, dass die Themen in die Ausbildungsgänge integriert werden (z.B. Eigeninitiative von Modulverantwortlichen)

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistiken
- Einschätzung der Programm- und Projektleitenden

Datengrundlage: Vgl. Tab. 20 auf Seite 88

Erkenntnisse

- In der letzten Programmphase hat das NRP massgeblich dazu beigetragen, dass das Thema Rauchstopp bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten an den drei Ausbildungs-Universitäten der Deutschschweiz (Basel, Zürich, Genf) verankert ist und das Thema Rauchstopp bei den Dentalhygieniker/-innen und bei den Pharmazie-Assistent/-innen (Thema Sucht) in den Rahmenlehrplan aufgenommen wurde. Ebenfalls verankert werden konnte das Thema in drei von 5 Ausbildungsstätten für Praxisassistent/-innen (Basel, Bern und Zürich).

Fazit

- Das NRP hat - je nach Berufsgruppe in unterschiedlichem Mass - begrenzte Einflussmöglichkeiten auf die Verankerung der Themen Tabak und Rauchstopp in den Ausbildungen der medizinischen Fachpersonen. Der Beitrag des NRP erschöpfte sich bisher grösstenteils darin, Angebote zu machen (Schulungen, Vermittlung von Referentinnen und Referenten, Schulungsmaterial), die von den Ausbildungsstätten zum Teil aufgenommen werden und zum Teil auch nicht.

8.4.2 WB 2: Einfluss der Interventionen bei den medizinischen Fachpersonen auf die Entwicklung ihrer rauchstoppspezifischen Einstellungen und Kompetenzen

Annahmen

- Die erhaltenen Informationen und die besuchten Kurse sind für die Fachpersonen nützlich.
- Informationen und Kurse steigern bei med. Fachpersonen die Motivation, das Wissen und die Befähigung zu Rauchstoppinterventionen.

Risiken

- Die vermittelten Inhalte sind den Adressaten resp. Teilnehmenden bereits bekannt.
- Die Rauchstoppkurse wirken nur kurzfristig, auch wenn sie als nützlich eingestuft werden.
- Es fehlt die Möglichkeit, in Übungen die Lehrinhalte ausreichend anzuwenden und einzuüben, damit Handlungskompetenzen gebildet werden können.

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Eine erhöhte Befähigung wird primär über Erfahrung erreicht und nicht über Informationsmaterialien und Kurse.
- Auch ähnliche Aus- und Weiterbildungsmodulen (z.B. zur Alkoholprävention) können durch vergleichbare didaktischen Konzepte die anvisierten Kompetenzen beeinflussen (eher die Methoden- als die spez. Wissenskompetenz, da anderes Thema).

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistiken: Auswertung Kursevaluationen, Auswertung Nachbefragung Kurse
- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016 und Dey 2016 (Befragung medizinische Fachpersonen); Müller/Mäder 2008, Müller 2010, Müller/Guggisberg 2012 und 2016 (Kursauswertungen); Müller 2017a und Müller 2017b (Interviews)
- Studien: Jacot et al. 2009; Cornuz et al. 2002; Stead et al. 2009
- Internationale Guidelines: AWMF 2015; ENSP 2012

Informationsverhalten medizinischer Fachpersonen und Beitrag des Programms

Gemäss der Befragung der medizinischen Fachpersonen (Dey & Haug 2016) informieren sich diese wie folgt über Tabakentwöhnung:

	Ärztenschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahnärzte- schaft	Apotheker /-innen	Pharma- Assistent/- innen
		Kardiolog/- innen	Nicht-ärztl. Fach- personen			
Regelmässiges Informieren über Tabakentwöhnung (der jeweils höchste Wert pro Fachgruppe ist hervorgehoben)						
Mehrmals jährlich	17.8%	14.2%	13.6%	7%	13%	10.5%
Etwa einmal jährlich	31.5%	35.5%	31.4%	19.2%	42%	35.1%
weniger als einmal pro Jahr	24.5%	22.3%	22.9%	26.5%	28.1%	25.7%
Nein	25.1%	26.4%	29.2%	60.2%	16.7%	27.3%
Informationskanäle (die Werte über 50% sind grau hervorgehoben)						
Fachzeitschriften	65.8%	64.8%	35.6%	54.3%	62.8%	50.5%
Internet	29.8%	29.6%	41.3%	27.2%	38.3%	39.8%
Broschüren	44.1%	37.3%	58.1%	58.5%	64.3%	78.1%
Austausch mit Berufskolleginnen	33.9%	50.7%	42.5%	25.4%	24.2%	58.0%
Kurse, Kongresse, Tagungen	51.9%	44.4%	52.5%	37%	36.4%	28.1%

Tab. 34 Informationsverhalten medizinischer Fachpersonen

- Die grosse Mehrheit der Fachpersonen informiert sich höchstens einmal pro Jahr über das Thema Rauchstopp.
- Die genutzten Informationskanäle sind sehr vielseitig. Kurse spielen eine wichtige Rolle (wenn auch nicht die wichtigste), allerdings handelt es sich nur teilweise um Kurse des Programms (s. dazu die folgende Tabelle)

Besuch von Fort- und Weiterbildungen zur Rauchstoppberatung und Beitrag des Programms
 (Dey & Haug 2016, Dey 2016)

	Ärzeschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahnärzte- schaft	Apotheker /-innen	Pharma- Assistent/- innen
		Kardiolog/-innen	Nicht-ärztl. Fachperson en (D/HK)			
Bereits einmal einen Kurs besucht	33.8%	26.4%	53.4%	11.3%	42.2%	30%
davon Kurs aus dem Programm	36.3%	44.2	77.8%		16.8%	11.8%
Kurs der Pharmaindustrie					25.6%	37.9%
weiss nicht od. k.A.	17%	15.4%	7.1%		51.3%	45.6%
Letzter Kursbesuch						
< 2 Jahre	25.5%	21.2%	31%		35.2%	40.2%
2-5 Jahre	40.1%	50%	38.1%		38.1%	41.4%
> 5 Jahre	29.4%	28.8%	30.2%		26.7%	17.8%
Positive Korrelation zw. Kursbesuch und Umgang mit Rauchenden?	Positives Gesamtbild	Nur bei Empfehlung von Unterstützung	Positives Gesamtbild	Positives Gesamtbild	Nur bei Empfehlung von Unterstützung, nicht bei Programm-Kursen	Nur bei Rauchstopp-Empfehlung

Tab. 35 Besuch von Fort- und Weiterbildungen

Erkenntnisse aus Kursevaluationen

	Ausgewertete Schulungen	Ausgewählte Ergebnisse mit Fokus Kompetenzen Die als 'positiv' ausgewiesenen Antworten umfassen jeweils die Nennungen in den Antwortkategorien 'trifft voll und ganz zu' und 'trifft eher zu' (od. ähnlich bei anderen Fragestellungen). Wo die Daten dazu vorliegen, gibt die erste Zahl in der Klammer den Anteil der Befragten an, welche die am stärksten positive Antwort gewählt haben (in der Regel: trifft voll und ganz zu), die zweite Zahl die zweite positive Antwort (in der Regel: trifft eher zu).
Grundversorger	2014: 83 ausgefüllte Fragebogen bei 202 TN. 2015: 53 Evaluationsbogen aus D-CH und 2 aus dem Tessin (Rücklauf D-CH ca. 80%) 2016: 166 ausgefüllte Fragebogen von 13 Kursen (Rücklauf 57%) - 79 weitere Fragebogen wurden wegen abweichenden Fragen nicht in die Auswertung miteinbezogen. 2017: 106 ausgefüllte Fragebogen von 9 Kursen (Rücklauf 73%). 26 weitere Fragebogen wurden wegen abweichenden Fragen nicht in die Auswertung miteinbezogen.	2015: 89 % der Antwortenden beantworten die Frage nach dem Wissenszuwachs positiv ('trifft voll und ganz zu' oder 'trifft eher zu'). 2016: 97% (65/32) der Befragten beantworteten die Frage nach dem Wissenszuwachs positiv und 99% (75/24) der Befragten haben die Frage, ob sie das neu erworbene Wissen in ihrem beruflichen Alltag anwenden können, ebenfalls positiv beantwortet. Ebenfalls 99% (80/19) haben die Frage, ob die Schulung sie motiviert hat, Rauchende noch konsequenter auf den Rauchstopp anzusprechen, positiv beantwortet. 98% (61/37) der Befragten geben an, dass sie sich in Bezug auf die Ansprache und die Beratung von Rauchenden sicherer fühlen und 100% (88/12) könnten die Schulung mit gutem Gewissen weiterempfehlen. 2017: 100% (61/39) der Befragten geben an, dass sie wichtiges Neues gelernt haben und 100% (72/28) geben an, dass sie das erworbene Wissen im beruflichen Alltag einsetzen können. 89% sagen, dass die Schulung die Motivation erhöht hat, Rauchende zum Rauchstopp anzusprechen. 99% geben zudem an, dass sie sich nach der Schulung sicherer fühlen in Bezug auf die Ansprache und Beratung von Rauchenden. 100% (86/14) würden die Schulung weiterempfehlen).

Apotheken	2015: 9 Schulungen mit 118 TN; bisher wurden drei Schulungen evaluiert. 2016: 18 Schulungen mit 297 TN. 2 Kurse mit 22 TN konnten ausgewertet werden (13 Antworten, Rücklauf von 59%). 2017: 10 Schulungen mit 165 TN. 3 Praxisschulungen mit 36 TN konnten ausgewertet werden (35 Antworten, Rücklauf 97%).	2016: 92% der Befragten haben die Frage nach dem Wissenszuwachs positiv beantwortet und 92% haben angegeben, dass sie das erworbene Wissen im beruflichen Alltag anwenden können. 100% (77/23) haben angegeben, dass der Kursbesuch die Motivation erhöht hat, Rauchende vermehrt auf den Rauchstopp anzusprechen und 100% (69/31) fühlen sich sicherer in Bezug auf die Ansprache und Beratung von Rauchenden. Alle (62/38) würden die Schulung weiterempfehlen. 2017: 97% der Befragten haben die Frage nach dem Wissenszuwachs positiv beurteilt. 91% haben angegeben, dass sie das erworbene Wissen im beruflichen Alltag anwenden können und 91% sagten, dass die Kursteilnahme ihre Motivation erhöht hat, Rauchende vermehrt auf den Rauchstopp anzusprechen. 94% fühlten sich nach dem Kurs sicherer in Bezug auf die Ansprache und Beratung von Rauchenden und würden die Schulung weiterempfehlen.
Clinical Update¹¹⁰	2014: 63 TN 2015: 68 TN 2016: 84 TN 2017: 80 TN	Insgesamt erteilten 95% der Antwortenden (vollständige Fragebogen, n=41) der Tagung die beste Note. 2016: Die Kurse wurden unterschiedlich gut bewertet. Einige wurden von 80-100% als gut bis sehr gut beurteilt, andere nur von 50-70%. 2017: Die Daten der TN am Clinical Update sind nicht auswertbar.¹¹¹
Herz-Kreislauf-Fachpersonen <i>früherer FB beibehalten</i>	Nicht-ärztliche Fachpersonen: 2014: 2 Anlässe, 46 TN 2015: 5 Anlässe, 183 TN 2016: 3 Anlässe, 20 TN 2017: 2 Anlässe, 77 TN Total 12 Anlässe 326 TN Fachärzteschaft HK 2014: 3 Anlässe 90 TN, 26 FB 2015: 1 Anlasse, 50 TN + 25 TN FvT 2016: 3 Anlässe, 163 TN + 35 TN FvT 2017: 1 Anlass, 30 TN +18 TN FvT Total: 8 Anlässe 333 TN + 78 TN FvT	Nicht-ärztliche Fachpersonen: Auswertung von 2 Schulungskursen an Tagungen im 2014 und 2015: 100% würden den Kurs sicher weiterempfehlen, 25% eher ja, die Vorträge werden zu 93.7% und die Workshops zu 96.3% als sehr interessant oder interessant beurteilt. Die Praxisrelevanz der Vorträge wird von den meisten als sehr hoch (37.4%), hoch (47.1%) oder ziemlich hoch (13.4%) beurteilt, die Praxisrelevanz der Workshops von den meisten als sehr hoch (71.2%), hoch (21.2%) oder ziemlich hoch (5.8%). 4 von 5 Kursteilnehmenden geben 6 Monate nach dem Kurs an, dass sie der Kurs im täglichen Umgang mit rauchenden Patientinnen und Patienten sehr (27.3%) oder etwas (54.5%) unterstützt hat. 58.2% fühlen sich durch den Kurs informierter und sicherer, 47.3% gelingt es durch den Kurs besser, die Patient/-innen konsequent und immer wieder auf ihr Rauchverhalten anzusprechen, 34.5% können die Patient/-innen bei Aufhörversuchen besser begleiten und 12.7% geben gar an, mehr Erfolg dabei zu haben, Patient/-innen vom Rauchen abzubringen. (Müller/Guggisberg 2016)

¹¹⁰ Expertenupdate für interessierte Ärztinnen und Ärzte. Ursprünglich für 'train the trainers'.

¹¹¹ Im Fragebogen zur AT-Tagung wurde ausser bei den Fragen zum Clinical Update eine 6er-Skala verwendet. Bei den Fragen zum Clinical Update eine 10er-Skala. Die Personen wurden aber gebeten, ihre Antworten auf einer Skala von 1 bis 6 einzuteilen. Die vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass die Fragen nicht von allen nach dem gleichen Muster beantwortet wurden und sind deshalb nicht auswertbar.

		Fachärztl/-innen: Die Kursauswertungen 2015 und 2017 werden wegen der Nachbefragung erst im zweiten Trimester 2018 vorliegen.
Zahnärzteschaft	2014: keine Angaben vorhanden 2015: 19 Schulungen mit 312 TN – 5 davon evaluiert (vgl. Statusbericht)? 2016: 16 Schulungen mit 287 TN – 2 davon evaluiert. 2017: 24 Schulungen mit 342 TN – 3 davon evaluiert.	2015: 97% geben an, etwas wichtiges Neues zum Thema Rauchstopp gelernt zu haben und 91% der Befragten gaben an, dass sie das erworbene Wissen im beruflichen Alltag einsetzen können. 95% sagten, dass die Schulung die Motivation erhöht hat, Rauchende zum Rauchstopp anzusprechen. 93% fühlen sich sicherer in Bezug auf die Ansprache und Beratung von Rauchenden und 95% würden die Schulung weiterempfehlen. 2016: 100% (67/33) gaben an, dass sie wichtiges Neues zum Thema Rauchstopp gelernt haben und 100% (61/39) sagten, dass sie das erworbene Wissen im beruflichen Alltag einsetzen können. 94% sagten, dass die Schulung die Motivation erhöht hat, Rauchende zum Rauchstopp anzusprechen. 100% (89/11) fühlen sich sicherer in Bezug auf die Ansprache und Beratung von Rauchenden und alle (78/22) würden die Schulung weiterempfehlen. 2017: 94% gaben an, dass sie wichtiges Neues zum Thema Rauchstopp gelernt haben und 100% (63/37) sagten, dass sie das erworbene Wissen im beruflichen Alltag einsetzen können. 94% sagten, dass die Schulung die Motivation erhöht hat, Rauchende zum Rauchstopp anzusprechen. 94% fühlen sich sicherer in Bezug auf die Ansprache und Beratung von Rauchenden und 100% (75/25) würden die Schulung weiterempfehlen.

Tab. 36 Übersicht Schulungsevaluationen

- Weitere Erkenntnisse zu Kursen für Diabetes und Herz-Kreislauf Fachpersonen: Bei Teilnehmenden von Kursen (D/HK) sind im Vergleich zu Nichtteilnehmenden die Selbstwirksamkeitseinschätzung sowie tabakpräventive Einstellungen (leicht) erhöht. (Müller 2010) [+, eher schwach (kleine Fallzahlen, keine Prüfung von Signifikanzen)]. 25-40% sehen zwar einen Nutzen der Kurse (D/HK), aber nur 4% der Teilnehmenden schätzen, dass die Interventionen dadurch erfolgreicher sind (6 Monate nach Kurs) (Müller/Guggisberg 2012) [+, eher stark]

Erkenntnisse aus der Befragung medizinischer Fachpersonen

- Sowohl die Behandlung des Themas Rauchstopp in der Ausbildung als auch in verstärktem Masse der Besuch von Rauchstoppkursen korrelieren signifikant mit der Kenntnis und Nutzung von Guidelines und Manualen für die ärztliche Praxis sowie mit der Kenntnis von Rauchstoppangeboten.¹¹² Ausgewertet für die Ärzteschaft der Grundversorgung. (Dey 2016) [+, moderat]

¹¹² Outcome 'Kennen von Angeboten': OR 3.1 95% CI 2.06-4.67 p<0.001 (Kursbesuch) und OR 1.67 95% CI 1.11-2.49 p=0.013 (in Ausbildung geschult); Outcome 'Kennen und Nutzen der Guidelines': OR 4.19 95% CI 3.15-5.53 p<0.001 (Kursbesuch) und OR 1.81 95% CI 1.35-2.45 p>0.001; Outcome 'Kennen und Nutzen des Manuals' OR 3.35 95% CI 2.50-4.47 p<0.001 und OR 1.45 95% CI 1.06-1.98 p=0.19 (in Ausbildung geschult). Jeweils multivariate Analyse mit beiden unabhängigen Variablen (Dey 2016)

- Der Besuch von Rauchstoppkursen oder die Behandlung des Themas in der Ausbildung korrelieren signifikant mit dem Informationsverhalten der befragten Ärzteschaft.¹¹³ (Dey 2016) [+, moderat]
- In der Befragung medizinischer Fachpersonen wurde untersucht, ob Ärztinnen und Ärzte, welche Rauchstoppkurse besucht haben, eher evidenzbasierte Aufhörhilfen empfehlen. Ein entsprechender Zusammenhang konnte nicht gefunden werden, aber vor allem auch deshalb, weil der Anteil derer, welche nicht-evidenzbasierte Aufhörhilfen oder keine Aufhörhilfen empfehlen, sehr klein ist (Dey 2016) [-, sehr schwach]

Erkenntnisse aus den Interviews mit Ärztinnen/Ärzten und Apothekenpersonal

- «Eine erfolgreiche Rauchstoppberatung bzw. -behandlung setzt nach der Meinung der Ärzte und Ärztinnen in gleichem Masse aktuelles Wissen wie auch Beharrlichkeit, also immer wieder erneutes Ansprechen, voraus. Ebenso wichtig ist das den Patienten angepasste differenzierte Ansprechen. Vor allem Ärztinnen betonen, dass es neben den drei erwähnten Komponenten erfolgreicher Rauchstoppberatung auch Empathie mit den Patienten braucht.» «Der Kurs hat bei der Mehrzahl der Teilnehmenden zu einer Veränderung im Umgang mit rauchenden Patienten geführt und bei einigen auch eine Reflexion ausgelöst. Insbesondere weiss man auch besser Bescheid im Umgang mit Medikamenten zur Unterstützung des Rauchstopps. Die Kursteilnehmenden schätzen den Erfahrungsaustausch mit Kollegen und Kolleginnen. Diesem Austausch muss genügend Raum und Zeit gelassen werden. Ausbauwürdig wird von einigen der praktische Teil des Kurses mit Tipps erachtet.» (Müller 2017a, 3) [+ (Wissen ist ein wichtiger Aspekt, neben anderem), moderat]
- Der besuchte Rauchstoppkurs wurde vom befragten Apothekenpersonal fast einhellig als sehr nützlich beschrieben (besonders die praktischen Tipps). Kritik am Kurs gab es wenig. Als Lücke wurde genannt, dass nur sehr wenig über die längerfristige Betreuung von Kunden berichtet wurde und dass die Beratung von Kunden und Kundinnen mit psychischen Problemen ein ernsthaftes Problem darstellen würde, zumal es einen klaren Zusammenhang zwischen Rauchen und psychischen Problemen gibt.» (Müller 2017b, 4) [+ , moderat]

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Ärztinnen und Ärzte, welche Trainings erhalten, geben signifikant höhere Selbstwirksamkeitswerte an, als solche ohne Trainings¹¹⁴. (Cornuz et al. 2002) [+, moderat (RCT, aber kleines n (17 vs. 18))]

Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien und breit abgestützten Studien

- Evidenzbasierte Leitlinien für die Tabakprävention fordern, dass Tabakentwöhnung stärker in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen integriert werden soll. (AWMF 2015, 8; ENSP 2012, 199) [+, eher stark]
- Stead et al. (2009) empfehlen auf Basis ihrer breiten Review, welche Studien aus 19 europäischen Ländern umfasst, Rauchstopp systematisch in die Weiterbildung von allen Allgemeinpraktikern in Europa zu integrieren.¹¹⁵

¹¹³ OR 3.8 95% CI 2.96-4.96 p<0.001 (Kursbesuch) und OR 1.54 95% CI 1.17-2.03 p=0.002 (in Ausbildung geschult) – multivariate Analyse mit beiden Variablen. (Dey 2016)

¹¹⁴ "Compared with control residents, trained residents expressed higher self-confidence (7.7 vs. 5.2; p=0.002) and self-perceived effectiveness in smoking cessation counseling (6.8 vs. 5.4; p=0.09) 3 months after training." (Cornuz et al. 2002)

¹¹⁵ "Training emerges as a priority issue, with several studies showing that participation in training correlates with increased engagement in smoking cessation activity, and indicating that a large proportion of GPs would welcome continuing education in this area. The review findings suggest that smoking cessation should be included in postgraduate training for all GPs in Europe." (Stead et al. 2009, 699)

Fazit

- Die grosse Mehrheit der Fachpersonen informiert sich höchstens einmal pro Jahr zum Thema Rauchstopp. Dabei werden sehr unterschiedliche Informationskanäle genutzt, wobei die wichtigsten explizit auch vom NRP angeboten oder gefördert werden (Kurse, Broschüren, Artikel in Fachzeitschriften, Informationen im Internet). Auch wenn keine umfassenden Daten dazu verfügbar sind, kann davon ausgegangen werden, dass sich viele Fachpersonen auch über Informationsangebote des NRP informieren (in Bezug auf Kurse ist dies belegt).
- Die in Kursen des NRP vermittelten Inhalte werden grösstenteils als nützlich beurteilt und dort wo erfragt, wird von der grossen Mehrheit auch ein Wissenszuwachs angegeben. Die Kurse führen zudem dazu, dass die Guidelines und Manuale besser bekannt sind und genutzt werden und dass sich medizinische Fachpersonen vermehrt über das Thema informieren.
- Aus den Evaluationen des NRP gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die Informations- und Kursangebote des NRP geeignet sind, die entsprechenden Kompetenzen der Fachpersonen (Wissen, Ansprache, Motivation, Sicherheit) zu verbessern. Dieser Zusammenhang wird gestützt durch internationale Empfehlungen, Rauchstopp konsequent in Aus- und Weiterbildungen von medizinischen Fachpersonen zu integrieren.

8.4.3 WB 3: Einfluss von Interventionen bei med. Fachpersonen auf deren Interventionsverhalten

Annahme

- Die Erreichung von medizinischen Fachpersonen mittels Informationen, Aus- und Weiterbildungen führt zu mehr Kurzinterventionen bei Ärztinnen und Ärzten

Im NRP wird davon ausgegangen, dass Informationen und Kurse immer über den Weg des Sensibilisierens, Motivierens und Qualifizierens auf das Interventionsverhalten einwirken. Da es aber viele Studien gibt, welche die Beziehung zwischen Interventionen bei medizinischen Fachpersonen und Interventionsverhalten direkt untersuchen (und nicht über den Weg des Sensibilisierens, Motivierens und Qualifizierens), wird dieser direkte Wirkungsbezug hier separat behandelt. Im Wirkungsmodell sind entsprechende direkte Wirkungsbezüge gestrichelt dargestellt.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Müller/Mäder 2008, Müller 2010 und Müller/Guggisberg 2012 und 2016 (Kursauswertungen Herz-Kreislauf/Diabetes Fachpersonen), Dey & Haug 2016 (Befragung medizinischer Fachpersonen)
- Studien: Cornuz et al. 2002, Jacot et al. 2009, Fiore 2008, Carson et al. 2013, Humair 2015, Twardella und Brenner 2005¹¹⁶, Stead et al. 2009, Stead et al. 2013
- Evidenzbasierte Leitlinien: AWMF 2015 (Leitlinien für Tabakprävention), ENSP 2012

Erkenntnisse aus den Evaluationen des NRP

- Der Besuch von Kursen zur Tabakentwöhnung korreliert zu einem grossen Teil signifikant mit dem Interventionsverhalten bei den verschiedenen Berufsgruppen (geschulte intervenieren häufiger im Sinne des NRP als nicht geschulte). Bei der Ärzteschaft sind die Unterschiede z.B. bei folgenden wesentlichen Aspekten signifikant: „Ärztinnen und Ärzte, die einen Kurs besucht haben, fragen eher alle Patient(inn)en danach, ob sie rauchen verglichen mit Ärztinnen und Ärzten, die keinen Kurs besucht haben ($p < .001$). Ein ähnliches Muster zeigt sich auch beim Dokumentieren des Rauchstatus von Patient(inn)en ($p = .024$), beim Empfehlen

¹¹⁶ “The factor most strongly associated with low activity in smoking cessation promotion (defined as having treated less than 10 patients within the last three months) was perceived lack of training (odds ratio 2.70, 95% confidence interval 1.68 – 4.32), followed by perceived lack of demonstration material (2.10, 1.31 – 3.39) and perceived lack of time (1.65, 1.02 – 2.66).” (Twardella und Brenner 2005)

eines Rauchstopps ($p=.026$) sowie hinsichtlich der Empfehlung, beim Rauchstopp Unterstützung in Anspruch zu nehmen ($p<.001$)“ (Dey & Haug 2016, 79 (prov.)). Bei den anderen Berufsgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede (bei kleinen n) z.T. nur vereinzelt. (Dey & Haug 2016) [+, eher stark]

- 39% der Ärztinnen und Ärzte, 36% der Kardiologinnen und Kardiologen, 31% der Fachpersonen D/HK und 30.3% der Zahnärzteschaft, die selten oder keine Unterstützung zur Tabakentwöhnung anbieten, geben als Grund dafür an, dass sie dafür nicht ausgebildet sind. (Dey & Haug 2016) Dies stützt die Hypothese, dass Ausbildung ein wichtiger Faktor für Interventionsverhalten (hier im Bereich Unterstützung) ist [+, eher stark]
- Fehlende Ausbildung ist aber nur einer von verschiedenen Hinderungsgründen für das Anbieten von Unterstützung. Andere, insgesamt fast ähnlich oft genannte Gründe bei der Ärzteschaft, den Kardiologinnen/Kardiologen und den Fachpersonen D/HK sind „fehlendes Interesse der Rauchenden“ und „Ich habe keine Zeit dafür“. (Dey & Haug 2016) [-, eher stark]
- Der Anteil Fachpersonen, die wegen mangelnder Ausbildung keine oder kaum Unterstützung beim Rauchstopp anbieten, dürfte insgesamt nicht allzu gross sein. Die Frage nach den Hinderungsgründen bei keiner oder wenig geleisteter Unterstützung wurde beispielsweise von 33% Ärztinnen und Ärzten beantwortet, davon haben 39% ‚keine Ausbildung‘ als Grund angegeben. Dies entspricht ca. 13% aller befragten Ärztinnen und Ärzte. (Dey/Haug) [+, eher stark]
- Beim Apothekenpersonal scheint der Hinderungsgrund ‚keine Ausbildung‘ im 2016 im Vergleich zu 2012 an Bedeutung verloren zu haben (Dey & Haug 2016, 217)
- 4 von 5 Kursteilnehmende (nicht-ärztliche Fachpersonen HK/D) geben an, dass sie der Kurs im täglichen Umgang mit rauchenden Patientinnen und Patienten sehr (27.3%) oder etwas (54.5%) unterstützt hat. 58.2% fühlen sich durch den Kurs informierter und sicherer, 47.3% gelingt es durch den Kurs besser, die Patient/-innen konsequent und immer wieder auf ihr Rauchverhalten anzusprechen, 34.5% können die Patient/-innen bei Aufhörversuchen besser begleiten und 12.7% geben gar an, mehr Erfolg dabei zu haben, Patient/-innen vom Rauchen abzubringen. (Müller/Guggisberg 2016) [+, eher stark]
- Teilnehmende von Kursen (D/HK) geben im Verhältnis zu Nichtteilnehmenden an, Rauchende häufiger auf das Rauchverhalten anzusprechen, mit allerdings nur schwachen und evtl. nicht signifikanten Unterschieden (immer wieder aufs Neue: 42.1 zu 38.9%; hin und wieder: 38.6 zu 35.8%). Der Anteil derer, die nur bei der Erstkonsultation ansprechen, ist bei den Kursteilnehmenden um 6 Prozentpunkte tiefer (Ergebnisse der T1-Messung). In einem Längsschnittvergleich wurden diese Ergebnisse in der Tendenz bestätigt, wobei hier alle Befragten (T0) mit nur Kursteilnehmenden (T2) verglichen wurden, was zu erheblichen Verzerrungen geführt haben dürfte (Selektionsbias). Ebenfalls wird ein Unterschied in den Inhalten der Ansprache zwischen den beiden Gruppen festgestellt, mehrheitlich positiv, im Bereich weniger bis max. 12 Prozentpunkte. (Müller 2010) [+, eher schwach (kleine Fallzahlen, keine Prüfung von Signifikanzen)]
- In einer früheren Ärztebefragung hat sich Rauchstopp-Training als wichtiger Prädiktor für Rauchstopp-Interventionen erwiesen. Jacot et al. (2009) haben gezeigt, dass Rauchstopp-Trainings die Wahrscheinlichkeit deutlich erhöhen (OR 6.24), dass Ärztinnen und Ärzte evidenzbasierte Rauchstoppinterventionen durchführen. [+, eher stark]

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Die Wirksamkeit von Weiterbildungskursen für medizinische Fachpersonen wurde in zahlreichen Studien untersucht (vgl. Carson et al. 2013, Humair 2015), wobei sich diese hinsichtlich der untersuchten Interventionen, der gemessenen Outcomes sowie auch der Qualität deutlich unterscheiden (zur Wirksamkeit von Ausbildungseinheiten fehlen entsprechende Studien). Die Wirksamkeit von Weiterbildungskursen konnte nur in einem Teil der Studien nachgewiesen werden. Eine Metaanalyse der Cochrane Collaboration, welche 17 dieser Studien analysiert hat, kommt zusammenfassend zum Schluss, dass entsprechende Interventionen (Trainings) messbare, wenn auch insgesamt als bescheiden eingestufte

Effekte¹¹⁷ auf die Punktprävalenz für Rauchen, auf längerdauernde Abstinenz sowie auf die Interventionstätigkeit der Fachpersonen haben (mit Ausnahme der Verschreibung von Nikotinkaugummis und Substitutionstherapien) (Carson et al. 2013)¹¹⁸. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen aus anderen Studien, die zum Teil aber deutlichere Effekte zeigen (z.B. Cornuz et al. 2002¹¹⁹, Twardella und Brenner 2005¹²⁰, Stead et al. 2009¹²¹). Während in der erwähnten Metaanalyse keine Faktoren wie die Dauer, die Intensität oder eine spezielle Methodik identifiziert werden konnten, welche die besonders wirksamen von den weniger wirksamen Interventionen unterscheiden, gibt es andere Studien, welche beispielsweise die Interventionsdauer (Twardella und Brenner 2005¹²²) als bedeutenden Wirkfaktor identifiziert haben. Neben den Charakteristika der Interventionen scheint es andere Prädiktoren für Wirksamkeit zu geben, wie der Rauchstatus und die Einstellung der behandelnden medizinischen Fachperson oder der Gesundheits- und Rauchstatus der Patientinnen und Patienten (Stead et al. 2009).

- Eine in Schweizer Kliniken durchgeführte Studie hat gezeigt, dass Ärztinnen/Ärzte mit Training im Vergleich zu solchen ohne Training ein signifikant besseres Interventionsverhalten zeigen (deutliche Ergebnisse, mean score, 4.0 vs. 2.7; $P=0.002$). (Cornuz et al. 2002) [+, moderat (RCT, aber kleines n)]
- Auch Fiore et al. zeigen, dass Rauchstopp-Trainings die Prävalenz von ärztlicher Beratung deutlich steigern.¹²³ (Fiore et al. 2008, 130) [+, stark]

Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien und breit abgestützten Studien

- Evidenzbasierte Leitlinien für die Tabakprävention fordern, dass Tabakentwöhnung stärker in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen integriert werden soll. (AWMF 2015, 8; ENSP 2012, 199; [+, eher stark])
- Stead et al. (2013) empfehlen auf Basis ihrer breiten Review, welche Studien aus 19 europäischen Ländern umfasst, Rauchstopp systematisch in die Weiterbildung von allen Allgemeinpraktikern in Europa zu integrieren.¹²⁴

¹¹⁷ Vgl. die Einschätzung von Humair (2015) dazu: "Cependant, la formation des médecins en tabacologie présente plusieurs limites. D'abord, l'effet de la formation post-graduée et continue est modeste aussi bien sur la performance des médecins que sur l'arrêt du tabac des patients, qui n'est significatif que dans 4 des 15 études et dans la méta-analyse globale [134-138]. Il faut aussi relever que la formation n'augmente pas la prescription d'un traitement pharmacologique, qui permet de presque doubler l'efficacité des conseils. "

¹¹⁸ "Of seventeen included studies, thirteen found no evidence of an effect for continuous smoking abstinence following the intervention. Meta-analysis of 14 studies for point prevalence of smoking produced a statistically and clinically significant effect in favour of the intervention (OR 1.36, 95% CI 1.20 to 1.55, $p=0.004$). Meta-analysis of eight studies that reported continuous abstinence was also statistically significant (OR 1.60, 95% CI 1.26 to 2.03, $p=0.03$). Healthcare professionals who had received training were more likely to perform tasks of smoking cessation than untrained controls, including: asking patients to set a quit date ($p<0.0001$), make follow-up appointments ($p<0.00001$), counselling of smokers ($p<0.00001$), provision of self-help material ($p<0.0001$) and prescription of a quit date ($p<0.00001$). No evidence of an effect was observed for the provision of nicotine gum/replacement therapy." (Carson et al. 2013)

¹¹⁹ OR 2.8, 95% CI 1.4-5.5

¹²⁰ "The factor most strongly associated with low activity in smoking cessation promotion (defined as having treated less than 10 patients within the last three months) was perceived lack of training (odds ratio 2.70, 95% confidence interval 1.68 – 4.32), followed by perceived lack of demonstration material (2.10, 1.31 – 3.39) and perceived lack of time (1.65, 1.02 – 2.66)." (Twardella und Brenner 2005)

¹²¹ "Training emerges as a priority issue, with several studies showing that participation in training correlates with increased engagement in smoking cessation activity, and indicating that a large proportion of GPs would welcome continuing education in this area." (Stead et al. 2009)

¹²² "Furthermore, there was a clear dose-response relationship between the time spent on training and the activity in smoking cessation promotion." (Twardella und Brenner 2005)

¹²³ "Training clinicians to provide cessation treatment increases the prevalence of physician counseling from 36.2% to 64.7% (OR 3.2), and increases quit rates among those counseled from 6.4% to 12.0% (OR 2.0)." (Abrams et al. 2010, 357, mit Verweis auf Fiore et al. 2008, 130)

¹²⁴ "Training emerges as a priority issue, with several studies showing that participation in training correlates with increased engagement in smoking cessation activity, and indicating that a large proportion of GPs would welcome

Fazit

- Die Evidenz, dass sich Aus- und Weiterbildungen zur Tabakentwöhnung insgesamt positiv auf das Interventionsverhalten auswirken, ist eindeutig. Entsprechende Erkenntnisse liefern sowohl die Evaluationen des NRP als auch internationale Studien. Aus- und Weiterbildungen zum Rauchstopp werden aufgrund der klaren Evidenzlage auch in internationalen Leitlinien gefordert.
- (Fehlende) Ausbildung erscheint in der aktuellen Befragung der medizinischen Fachpersonen zwar als ein wichtiges Kriterium für das (Nicht-) Anbieten von Unterstützung beim Rauchstopp, der Anteil von Fachpersonen, die wegen mangelnder Ausbildung keine oder kaum Unterstützung beim Rauchstopp anbieten, ist allerdings nicht sehr hoch (z.B. rund 13% bei den Ärztinnen und Ärzten).

8.4.4 WB 4: Einfluss von erhöhter Qualifikation zum Rauchstopp (Motivation, Bewusstsein, Befähigung) von medizinischen Fachpersonen auf deren Interventionsverhalten

Annahmen

- Fachpersonen, die motivierter sind, ein höheres Bewusstsein und eine bessere Befähigung im Umgang mit Tabakentwöhnung haben, intervenieren eher im Sinne der Ziele des NRP (mehr Interventionen, mehr Empfehlung evidenzbasierter Aufhörhilfen etc.):

Risiken

- Eine entsprechende Qualifikation reicht nicht aus, um Fachpersonen tatsächlich zu besserem Interventionsverhalten zu bringen. Hinderungsgründe wie z.B. zu wenig Zeit haben, sind gewichtiger.
- Fachpersonen sind zwar informiert und geschult, haben aber keine Zeit, das Gelernte umzusetzen.
- Andere Hinderungsgründe wie befürchteter Widerstand bei den Patientinnen und Patienten, halten die Fachpersonen vom Intervenieren ab.

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Interventionen könnten z.B. von einer übergeordneten Instanz angeordnet sein, ohne dass entsprechende Qualifizierungen stattfinden würden.
- Nicht die Informationen und Kurse des NRP sind entscheidend, sondern Informationen und Kurse von anderen Anbietenden.
- Um medizinische Fachpersonen tatsächlich dazu zu bringen, sich stärker für Rauchstopps zu engagieren, bräuchte es z.B. finanzielle Anreize und nicht Informationen und Kurse.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016 und Dey 2016 (Befragung medizinischer Fachpersonen)
- Studien: Stead et al. 2009, Vogt et al. 2005
- Guidelines: ENSP 2012

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- Ärzte und Ärztinnen, die angeben, dass sie sich mindestens einmal pro Jahr zum Thema Rauchstopp informieren, geben im Vergleich zu Ärzten und Ärztinnen, die angeben, dass sie sich weniger als einmal pro Jahr informieren, signifikant häufiger an, dass sie Rauchende nach dem Rauchstatus fragen ($p < .001$), dass sie den Rauchstatus dokumentieren ($p = .002$), dass sie Rauchenden einen Rauchstopp empfehlen ($p < .001$), dass sie empfehlen, Unterstützung beim Rauchstopp in Anspruch zu nehmen ($p < .001$) und dass sie selber Rauchstopppunterstützung anbieten ($p < .001$). (Dey 2016) [+, eher stark]

continuing education in this area. The review findings suggest that smoking cessation should be included in postgraduate training for all GPs in Europe." (Stead et al. 2009, 699)

- Ärzte und Ärztinnen, die angeben, dass sie die Guidelines und die Basisdokumentation kennen, sagen im Vergleich zu Ärzten und Ärztinnen, die angeben, dass sie die Guidelines und die Basisdokumentation nicht kennen, signifikant häufiger, dass sie Rauchende nach dem Rauchstatus fragen ($p < .021$ für Guidelines und 0.037 für Basisdokumentation), dass sie Rauchenden einen Rauchstopp empfehlen ($p < .012$ resp. 0.002), dass sie empfehlen, Unterstützung beim Rauchstopp in Anspruch zu nehmen (für beides $p < .001$) und dass sie selber Rauchstoppunterstützung anbieten (für beides $p < .001$). Für das Dokumentieren des Rauchstopps konnte bezüglich der Guidelines kein p-Wert errechnet werden, für die Basisdokumentation ist die Korrelation nicht signifikant. (Dey 2016) [+, eher stark]
- Wie in vorangehenden Wirkungsbeziehung bereits dargelegt, wird fehlende Ausbildung (und damit mangelnde Kompetenz) als ein wichtiger Grund für das Nichtanbieten von Unterstützung beim Rauchstopp genannt. (Dey & Haug 2016) [+, eher stark] Daneben gibt es aber weitere Faktoren, welche das Anbieten von Rauchstoppunterstützung verhindern, so z.B. fehlendes Interesse der Rauchenden, fehlende Zeit oder fehlende finanzielle Anreize. (Dey & Haug 2016), s. auch Tab. 29, Seite 100).
- Es sind keine alternativen Erklärungen (Anordnungen, finanzielle Anreizsysteme etc.) bekannt, auf welche die entsprechenden Verbesserungen im Interventionsverhalten zurück zu führen wären. (Einschätzung des Autors) [+, schwach]

Erkenntnisse aus internationalen Studien

- Die Einstellung von Ärztinnen/Ärzten gegenüber Rauchstoppinterventionen ist ein Prädiktor für entsprechendes Intervenieren. (Stead et al. 2009) [+, stark]
- Eine Metaanalyse zeigt, dass die Mehrheit der untersuchten Allgemeinpraktiker/-innen nicht negativ darüber denkt, mit Rauchenden ihr Rauchverhalten zu besprechen, dass aber dennoch ein beachtlicher Anteil angibt, Diskussionen mit Rauchenden über ihr Rauchverhalten seien beispielsweise zu zeitaufwändig (42%) oder zu ineffizient (38%). Viele Allgemeinpraktiker/-innen geben aber auch an, dass sie nicht über ausreichendes Wissen (16%) oder über ausreichende Fähigkeiten (22%) für solche Diskussionen verfügen.¹²⁵ (Vogt et al. 2005) [- (im dem Sinne, dass ein beachtlicher Teil gewichtige Hinderungsgründe benennt), stark]

Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien

- Hausärztinnen und Hausärzte benötigen theoretische und praktische Fähigkeiten, um Rauchstoppberatungen durchführen und Rauchstoppversuche begleiten zu können.¹²⁶ (ENSP 2012, 52) [+, stark]

Fazit

- Es sind wenige Studien bekannt, die sich explizit mit der Motivation, der Einstellung oder mit Fähigkeiten medizinischer Fachpersonen auf deren Interventionsverhalten befassen. Meist wird der Einfluss von Trainings auf das Interventionsverhalten direkt untersucht.
- Es gibt Hinweise, die den nachvollziehbaren Zusammenhang zwischen Qualifikation und Interventionsverhalten unterstützen, allerdings gibt es viele weitere wichtige Einflussfaktoren. Die Qualifizierung von Fachpersonen reicht alleine nicht aus, es braucht zusätzliche Faktoren, damit Rauchstoppinterventionen in medizinischen Settings (erfolgreich) umgesetzt werden.

¹²⁵ „The most common negative beliefs were that such discussions were too timeconsuming (weighted proportion: 42%) and were ineffective (38%). Just over a quarter (22%) of physicians reported lacking confidence in their ability to discuss smoking with their patients, 18% felt such discussions were unpleasant, 16% lacked confidence in their knowledge, and relatively few considered discussing smoking outside of their professional duty (5%), or that this intruded upon patients' privacy (5%), or that such discussion were inappropriate (3%).“ (Vogt et al. 2005, 1423)

¹²⁶ “Family doctors and nurses must possess both theoretical and practical skills to be able to offer a minimum level of anti-smoking counselling and also to assist a quit attempt and recommend appropriate treatment (level of evidence A).“ (ENSP 2012, 52)

8.4.5 WB 5: Einfluss von Kurzinterventionen auf die Absicht von Rauchenden, einen Rauchstopp zu machen

Annahmen

- (Regelmässige) Kurzinterventionen sind geeignet, um bei Rauchenden die Intention für einen Rauchstopp zu erhöhen.
- Rauchende lassen sich durch Ansprachen und Kurzinputs in medizinischen Settings zu Rauchstoppversuchen motivieren.

Risiken

- Die Ansprache durch Fachpersonen wird als Einmischung und nicht als Unterstützung erlebt und hat gegenteilige Effekte.
- Rauchstoppversuche werden primär ohne Unterstützung von Multiplikator/-innen gemacht

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Um die Intention für Rauchstopps zu steigern, braucht es längere Beratungen, die gleichzeitig neues Wissen vermitteln; Kurzinterventionen reichen dazu nicht aus.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016 (Befragung medizinischer Fachpersonen 2016)
- Studien: Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015); Borland, Li et al. 2012
- Evidenzbasierte Leitlinien: ENSP 2012

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- Ärztinnen und Ärzte wurden gebeten, einzuschätzen, wie hoch der Anteil ihrer rauchenden Patientinnen und Patienten ist, die eine empfohlene Therapie, Beratung oder Begleitung in Anspruch nehmen. Über die Hälfte der Ärzteschaft (56.3%) und etwa die Hälfte der Kardiologinnen und Kardiologen (49.7%) schätzen diesen Anteil auf etwa einen Viertel. (Dey & Haug 2016, [+, eher schwach (weil Einschätzung indirekt, zu den Patientinnen/Patienten)])
- Insgesamt liegt das Potenzial der Inanspruchnahme von Unterstützung nach einer entsprechenden Empfehlung nach Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte bei etwa 28% (vgl. nachfolgende Kalkulation, die wie folgt zu lesen ist: 2.1% der Befragten schätzen, dass fast alle – wofür hier 90% eingesetzt wird – die empfohlene Unterstützung in Anspruch nehmen, 3.9% schätzen, dass etwa drei Viertel die Unterstützung beanspruchen etc.):

2.1%	x 90%	=	1.9%
3.9%	x 75%	=	2.9%
15.4%	x 50%	=	7.7%
56.3%	x 25%	=	14.1%
16.5%	x 10%	=	1.7 %
Total:			28.25%

Erkenntnisse aus anderen Studien

- In der Schweiz geben über die Hälfte der Rauchenden an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (52.8% im 2015, Tendenz steigend: 41.4% im 2011). Bei den täglich Rauchenden liegt der Anteil gar bei 60.1% (37.2% bei den gelegentlich Rauchenden). In den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufhören zu wollen beabsichtigen 32.7% (Tendenz seit 2011 steigend), in den nächsten 30 Tagen noch 14.5% (Tendenz seit 2011 ebenfalls steigend) (Kuendig et al. 2016) Die Aufhörbereitschaft liegt in der Schweiz allerdings seit etwa 30 Jahren ähnlich hoch (bei rund 50%), mit Schwankungen zwischen den Jahren. (Zusammenfassende Erkenntnis aus verschiedenen Studien. Auskunft der Programmleitung)
- „Insgesamt wollen 49.0% der täglich Rauchenden und 60.7% der Gelegenheitsrauchenden nicht aufhören, weil sie „aus Genuss“ rauchen.“ (Kuendig et al. 2016, 9) [- (die Wirkungsbeziehung erschwerend), eher stark]

- Zur Erreichbarkeit von Rauchenden durch medizinische Fachpersonen: „53.8% der täglich Rauchenden und 27.0% der Gelegenheitsrauchenden wurde in den vergangenen 12 Monaten geraten, mit dem Rauchen aufzuhören (47.5% der Rauchenden; leichter Rückgang gegenüber 2013). Bei täglich Rauchenden kommen solche Ratschläge üblicherweise von der Partnerin bzw. dem Partner oder Familienmitgliedern (63.1%), Bekannten oder Freundinnen und Freunden (34.2%) und/oder von einer Ärztin bzw. einem Arzt (25.8%).“ (Kuendig 2016, 10) Rat von Zahnärztinnen resp. Zahnärzten erhielten 4.4%, Rat von anderen Gesundheitsfachpersonen 3.3%. (ebd., 31) Auf der Basis dieser Zahlen kann man davon ausgehen, dass max. zwischen 15-20% der Rauchenden jährlich von medizinischen Fachpersonen geraten wird, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Selbst in den USA, wo medizinische Fachpersonen, u.a. im Rahmen der Einführung von evidence-based Guidelines, überdurchschnittlich häufig intervenieren, erhalten nur die Hälfte aller Rauchenden jährlich eine Intervention von medizinischer Seite. Deshalb seien auch Interventionen ausserhalb der Praxis nötig. (Borland, Li et al. 2012, 6).

Erkenntnisse aus evidenzbasierten Leitlinien

- Kurzinterventionen sollten von allen medizinischen Fachpersonen angeboten werden, da sie die Motivation für einen Rauchstopp steigern.¹²⁷ (ENSP 2012) [+, stark]

Fazit

- Es kann aufgrund der Daten nicht gesagt werden, in welchem Ausmass es medizinischen Fachpersonen gelingt, die Absicht Rauchender zu stärken, einen Rauchstopp zu machen. Medizinische Fachpersonen dürften mit ihren Ratschlägen jährlich nicht mehr als 10-20% der Rauchenden erreichen.
- Ein Grossteil der Rauchenden scheint durch Interventionen von medizinischen Fachpersonen nicht dazu überzeugt werden zu können, empfohlene Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Aufgrund der Einschätzungen der medizinischen Fachpersonen kann davon ausgegangen werden, dass dies in etwa einem Viertel der Fälle gelingt. Rund die Hälfte der täglich Rauchenden und rund 60% der Gelegenheitsrauchenden, die nicht aufhören wollen, geben an, aus Genuss zu rauchen. Diese dürften nur schwer zu motivieren sein, einen Rauchstopp zu machen.

8.4.6 WB 6: Einfluss gesteigerter Intention auf die Inanspruchnahme von Beratungen

Annahmen

- Rauchende, welche die konkrete Absicht haben, in der nächsten Zeit mit dem Rauchen aufzuhören, nehmen eher entsprechende Beratungen in Anspruch als Rauchende ohne konkrete Absichten.

Risiken

- Rauchende haben die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, finden aber keine passenden Beratungsangebote (Verfügbarkeit von Unterstützung).
- Rauchende, die beabsichtigen, mit dem Rauchen aufzuhören, versuchen den Rauchstopp selbständig (vgl. WB 11).

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Rauchende werden z.B. von Eltern oder Angehörigen gedrängt, Beratungen von medizinischen Fachpersonen in Anspruch zu nehmen, obwohl sie selber nicht mit Rauchen aufhören wollen.
- Ansonsten scheint es kaum logische Alternativerklärungen zu geben, weil die Inanspruchnahme von Beratungen freiwillig ist und daher an Intention gekoppelt ist.

¹²⁷ "Brief advice gives smokers a pro-quitting motivation when none exists and at the same time it has been shown to increase smoking cessation rates." (ENSP 2012, 52)

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Befragung medizinischer Fachpersonen (Dey & Haug 2016)
- Studien: Kuendig et al. 2014 und 2016 (Suchtmonitoring mit Fokus Entwöhnung)

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Die befragten Fachpersonen schätzen, dass durchschnittlich etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten die empfohlenen Unterstützungen auch tatsächlich in Anspruch nimmt (s. oben, WB 5). (Dey & Haug 2016, [+, eher schwach (weil Einschätzung indirekt, zu den Patientinnen/Patienten)])

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Der Anteil von Rauchenden, die im Suchtmonitoring 2015 angegeben haben, beim letzten Rauchstopp beraten worden zu sein, ist verschwindend klein (0.8% bei den Ex-Rauchenden, 0% bei den nicht-Erfolgreichen). (Kuendig et al. 2016). Allerdings sind diese Zahlen mit Vorsicht zu geniessen, weil auch die Empfehlung oder Verschreibung von Entwöhnungshilfen mit Beratung einhergehen dürfte. Dies wird durch die Zahlen aus dem Suchtmonitoring 2015 gestützt, in welcher ein beachtlicher Teil der Rauchenden angegeben hat, beim letzten Rauchstopp von einem Arzt/einer Ärztin (10.9%), von einem Apotheker/einer Apothekerin (5.9%) oder telefonisch (2.8%) beraten worden zu sein (Kuendig et al. 2014, 35)

Fazit

- Es sind keine Studien bekannt, die zeigen, inwiefern Rauchende mit Aufhörabsicht häufiger Beratungen in Anspruch nehmen als Rauchende ohne entsprechende Absicht.
- Einschätzungen von medizinischen Fachpersonen legen aber nahe, dass nur rund ein Viertel der Rauchenden, denen Unterstützungsangebote empfohlen wurde, diese auch tatsächlich in Anspruch nehmen.
- Es gibt keine Hinweise darauf, dass Lücken im Beratungsangebot dazu führen würden, dass Rauchende mit konkreter Aufhörabsicht auf Beratung verzichten müssten.

8.4.7 WB 7: Einfluss von Beratungen auf Wissens- und Handlungskompetenzen von Rauchenden**Annahmen**

- Wissens- und Handlungskompetenzen bei Rauchenden werden insbesondere durch Beratungen im med. Setting gesteigert.

Risiken

- Rauchstoppversuche werden primär ohne Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gemacht.
- Rauchende Personen schreiben ein bestimmtes Eigenverhalten – z.B. einen Rauchstoppversuch, nicht zwingend einer Empfehlung einer dritten Person zu.

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Wissens- und Handlungskompetenzen in Bezug auf Rauchstopps werden über eine Vielzahl von anderen Quellen erworben.

Es gibt praktisch keine Evidenz zu den Wirkungen der Interventionen auf Wissens- und Handlungskompetenzen. Die Studien verbinden meist Interventionen direkt mit ‚quit-rates‘. Auch zu Widerständen gegenüber Interventionen gibt es kaum Erkenntnisse, und falls ja, dann vor allem zu spez. Methoden (z.B. Motivational Interviewing).

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien: Kuendig et al 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015), Kuendig et al 2014 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2013), Krebs et al. 2010 (Tabakmonitoring)

Erkenntnisse aus Schweizer Studien

- Knapp die Hälfte (46%) der vom Arzt oder der Ärztin beratenen aktuell Rauchenden, denen der Rauchstopp und konkrete Entwöhnungshilfen empfohlen wurden, bewerten in der Umfrage 2010 das ärztliche Angebot von Entwöhnungshilfen positiv. Sie haben die ärztliche Beratung als Unterstützung empfunden, obschon sie den Rauchstopp (noch) nicht geschafft haben. (Krebs et al. 2010)
- 6% der Rauchenden (und 4% der Ex-Rauchenden) haben sich schon einmal in einer Apotheke über einen Rauchstopp beraten lassen, wobei die Nachfrage in der französischen Schweiz (11%) am grössten war (u.a. aufgrund der höheren Apothekendichte). Von denjenigen, die eine solche Beratung beansprucht hatten (N=74), waren rund zwei Drittel mit der Beratung ‚eher zufrieden‘ oder ‚sehr zufrieden‘ und ein Drittel ‚eher unzufrieden‘ oder ‚überhaupt nicht zufrieden‘. (Krebs et al. 2010)
- Der Grossteil der täglich Rauchenden (70.1%, im 2013 65.7%) und der ehemals täglich Rauchenden (76.3%, im 2013 76.5%) gab im Suchtmonitoring 2015 an, beim letzten Rauchstopp keinerlei Unterstützung oder Entwöhnungshilfen benutzt zu haben (Kuendig et al. 2016 und 2014, Tabellen im Anhang)
- Im 2013 gaben 76.4% der ehemals täglich Rauchenden an, beim letzten Rauchstopp keine bestimmte Informationsquelle genutzt zu haben, 6.4% haben bei einer Ärztin bzw. einem Arzt Informationen eingeholt, 1.4% bei einem Apotheker/einer Apothekerin und niemand bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin. Die wichtigsten weiteren Informationsquellen waren: Bücher 4.4%, andere Familienmitglieder 4.3%, Bekannte oder Freunde 3.9% (Internet 1.4%, Broschüren 1.2%) (Kuendig et al 2014, 66) [0, eher schwach (zum Teil sind die Gruppengrössen recht klein)]
- Bei den täglich Rauchenden gaben 68.3% an, beim letzten Rauchstopp keine bestimmte Informationsquelle genutzt zu haben, 10.9% haben bei einer Ärztin bzw. einem Arzt Informationen eingeholt, 5.9% bei einem Apotheker/einer Apothekerin, 0.5 bei einem Zahnarzt/einer Zahnärztin. Die wichtigsten weiteren Informationsquellen: Familienmitglied 4.4%, Freund/-in oder Bekannte/r 4.2%, Internetseite 4.2%. (Kuendig et al 2014, 58) [0, eher schwach (zum Teil sind die Gruppengrössen recht klein)]
- Die Minderheit der befragten Rauchenden und Ex-Rauchenden ist der Meinung, dass professionelle Unterstützung (ärztliche Beratung, Rauchstopplinie, App,...) für einen nachhaltigen Rauchstopp hilfreich ist.¹²⁸ (Kuendig et al. 2016, 32) [-, eher stark].
- Die häufigsten Informationsquellen, die von den täglich Rauchenden beim letzten Rauchstopp genutzt wurden, waren der Arzt/die Ärztin (10.9%) und der Apotheker/die Apothekerin (5.9%). (Kuendig et al 2014) [+, eher stark]
-

Fazit

- Die meisten Rauchenden geben an, keine bestimmten Informationsquellen beim letzten Rauchstopp genutzt zu haben. Wenn Informationsquellen genutzt wurden, sind medizinische Fachpersonen ganz vorne mit dabei (Ärztinnen und Ärzte werden als häufigste Informationsquelle genannt, z.T. gefolgt von den Apotheker/-innen), weitere wichtige Quellen sind Bücher, Familienmitglieder, Freunde und Bekannte. Andere medizinische Fachpersonen als Ärztinnen/Ärzte und Apotheker/-innen werden kaum genannt.
- Daten aus dem Tabakmonitoring 2010 zeigen, dass gegen die Hälfte der vom Arzt Beratenen die Beratung als Unterstützung erlebt hat.

¹²⁸ Nur 11.3% der Rauchenden und Ex-Rauchenden gaben an, dass Unterstützung wie ärztliche Ratschläge, Rauchstopplinie, Smartphone-App etc. für einen nachhaltigen Rauchstopp hilfreich sind (zusätzliche 27.3% gaben ‚eher ja‘ an). 19.3% antworteten mit ‚Nein sicher nicht‘, und 30.6% ‚eher nicht‘ (11.5% konnten sich nicht positionieren). (Kuendig et al. 2016, 32)

8.4.8 WB 8: Einfluss gesteigerter Wissens- und Handlungskompetenzen von Rauchenden auf die Intention, einen Rauchstopp zu machen

Annahmen

- Mehr Wissens- und Handlungskompetenzen erhöhen die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören.

Risiken

- Wissens- und Handlungskompetenzen alleine reichen nicht, um für Rauchstopp zu motivieren

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Andere Aspekte wirken viel stärker auf die Absicht ein, mit Rauchen aufzuhören, als neue Wissens- und Handlungskompetenzen (z.B. kulturelle Aspekte, vgl. die deutlich höheren Motivationszahlen in den USA).
- Neben Wissens- und Handlungskompetenzen ist vor allem die Selbstwirksamkeit ein wichtiger Faktor bei der Förderung der Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien: Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015), Keller et al. 2011 (Tabakmonitoring Daten 2001-2010)
- Evaluation NRP: Scholz & Lüscher 2016 (Expertise zu den Wirkungsmodellen)

Studien zur Situation in der Schweiz

- In der Schweiz geben über die Hälfte der Rauchenden an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (52.8% im 2015, Tendenz steigend: 41.4% im 2011). Bei den täglich Rauchenden liegt der Anteil gar bei 60.1% (37.2% bei den gelegentlich Rauchenden). In den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufhören zu wollen beabsichtigen 32.7% (Tendenz seit 2011 steigend), in den nächsten 30 Tagen noch 14.5% (Tendenz seit 2011 ebenfalls steigend) (Kuendig et al. 2016) Die Aufhörbereitschaft liegt in der Schweiz allerdings seit etwa 30 Jahren ähnlich hoch (bei rund 50%), mit Schwankungen zwischen den Jahren. (Zusammenfassende Erkenntnis aus verschiedenen Studien. Auskunft der Programmleitung)
- Die über die letzten Jahre relativ stabil gebliebene Aufhörbereitschaft spricht eher gegen das Wissen als wichtigen Faktor für die Steigerung von Absicht für einen Rauchstopp. (Keller et al. 2011) [-, eher schwach in Bezug auf die Wirkungsbeziehung]

Plausibilisierung durch wissenschaftliche Theorien und Modelle

- Gemäss HAPA-Modell sind Handlungsergebniserwartungen (u.a. basierend auf Wissen) sowie Selbstwirksamkeit wichtige Einflussfaktoren auf die Bildung von Intention zu präventivem Handeln (z.B. Rauchstopp). Aber auch in anderen Modellen¹²⁹ (z.B. TTM) spielen Handlungs- und Wissenskompetenzen für die Bildung einer entsprechenden Absicht eine wichtige Rolle. (Scholz & Lüscher 2016) [+, eher stark]

Fazit

- Es sind keine Studien aus dem Bereich der Tabakprävention bekannt, die explizit den Einfluss von Wissens- und Handlungskompetenzen auf die Aufhörabsicht untersuchen.
- Dieser Wirkungszusammenhang wird aber durch theoretische Modelle gestützt. (Scholz & Lüscher 2016)

¹²⁹ z.B. nach dem transtheoretischen Modell, wo das Abwägen von Vor- und Nachteilen der Bildung von Intention vorgelagert ist. (Scholz & Lüscher 2016, 7)

8.4.9 WB 9: Einfluss von Wissens- und Handlungskompetenzen auf erfolgreiche Rauchstopps

Annahmen

- Wenn die Rauchenden neue Wissens- und Handlungskompetenzen erwerben, gelingt ihnen eher ein erfolgreicher Rauchstopp.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien zur Situation in der Schweiz: Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015)
- Weitere Studien: Haug et al. 2010
- Evaluation NRP: Scholz & Lüscher 2016 (Expertise zu den Wirkungsmodellen)

Erkenntnisse aus Studien aus der Schweiz

- Die genannten Gründe für das Aufhören (von ehemals Rauchenden) zeigen, dass Wissen (über die Schädlichkeit des Rauchens) ein wichtiger Aspekt ist.¹³⁰ (Kuendig et al. 2016) [+, eher schwach (kleine Gruppengrößen)]
- Es gibt Hinweise darauf, dass die Selbstwirksamkeit ein Prädiktor ist für den Erfolg von Rauchstopps.¹³¹ (Haug et al. 2010, 61) [+, eher stark]

Plausibilisierung durch wissenschaftliche Theorien und Modelle

- Die Wirkungsannahme, dass verbessertes Wissen zu einer Verhaltensänderung beitragen kann, wird u.a. durch das in der Tabakprävention häufig verwendete HAPA-Modell, aber auch durch andere Modelle und Theorien gestützt. Wissen kann die Risikowahrnehmung und die Handlungsergebniserwartung beeinflussen, neben der Selbstwirksamkeitserwartung im HAPA-Modell zwei Haupteinflussfaktoren für die Intentionsbildung. Allerdings reicht Wissen keinesfalls aus, um Verhaltensänderungen herbeizuführen. Es braucht u.a. eine entsprechende Einstellung, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung sowie Fähigkeiten, die empfohlenen Handlungen auch auszuführen. (Scholz & Lüscher 2016, 4-6, 8-11) [+, eher stark (es handelt sich um ein etabliertes Modell, welches sich in vielen Studien bewährt hat)]

Fazit

- Es scheint wenig Studien zum Zusammenhang zwischen Wissens- und Handlungskompetenzen und erfolgreichen Rauchstopps zu geben. Die wenigen Hinweise und die theoretischen Modelle deuten darauf hin, dass Wissens- und Handlungskompetenzen eine bedeutende Rolle spielen.

8.4.10 WB 10: Einfluss von Wissens- und Handlungskompetenzen auf die Inanspruchnahme von evidenzbasierten Aufhörhilfen

Annahmen

- Die Vermittlung von Wissen und die Förderung von Handlungskompetenzen führt dazu, dass Rauchende vermehrt evidenzbasierte Aufhörhilfen in Anspruch nehmen

Risiken

- Evidenzbasierte Aufhörhilfen sind zu hochschwierig

¹³⁰ „Als Gründe für den Rauchstopp gaben die ehemals täglich Rauchenden am häufigsten an, dass sie Krankheiten vorbeugen wollten (33.4%) und dass ein «Bewusstwerden über gesundheitliche Folgen des Rauchens» stattgefunden habe (16.1%; relativ deutlicher Rückgang gegenüber 2013: 21.1%).“ (Kuendig et al. 2016, 10) Weitere wichtige Gründe waren: Schwangerschaft (15.9%), mit dem Rauchen verbundenes Gesundheitsproblem/Krankheit (14.9%), um Geld zu sparen (13.6%). (ebd. 42)

¹³¹ Rauchstoppbezogene Selbstwirksamkeit als Prädiktor für erfolgreiche Rauchstopps nach einer Verhaltensintervention (OR 1.30, 95% CI 1.03-1.64, Skala 1-5). (Haug et al. 2010, 61; Studie zu Rauchenden in Deutschland)

- Wissen reicht nicht aus, um Handlung auszulösen

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Nicht die Interventionen in den medizinischen Settings führen zu einer erhöhten Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen, sondern andere Kanäle (Kampagnen, Projekte von Dritten, usw.).

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Keine

Fazit

- Es sind keine Studien bekannt, die zeigen, inwiefern Rauchende mit erhöhten Wissens- oder Handlungskompetenzen häufiger evidenzbasierte Aufhörhilfen in Anspruch nehmen als Rauchende mit tieferen entsprechenden Kompetenzen.

8.4.11 WB 11: Einfluss der Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen auf erfolgreiche Rauchstopps

Annahmen

- Die Nutzung evidenzbasierter Aufhörhilfen führt dazu, dass Rauchende erfolgreich mit Rauchen aufhören, sie führt im Gegensatz zur Nutzung anderer Aufhörhilfen zu mehr erfolgreichen Rauchstoppversuchen.

Risiken

- Evidenzbasierte Aufhörhilfen sind zu hochschwierig.

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Rauchende hören primär ohne evidenzbasierte Rauchstopphilfen mit dem Rauchen auf.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien: Levy et al. 2010; Fiore 2008; Cornuz et al. 2003; Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015); Kuendig et al. 2014 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2013); Kasza et al. 2012; West und Fidler 2011; Poulsen et al. 2015; Kotz et al. 2013; Smith et al. 2013; Schuurmans 2015.

Erkenntnisse

Es liegt in der Sache selbst, dass evidenzbasierte Aufhörhilfen erfolgreiche Rauchstopps fördern. Es werden hier dennoch zusammenfassend einige Evidenzen präsentiert:

- Die Wirksamkeit evidenzbasierter Aufhörhilfen wird basierend auf Guidelines und Cochrane Reviews auf plus 100% für pharmakologische Behandlungen, plus 60% für verhaltensorientierte Interventionen und plus 200% für die Kombination der beiden geschätzt.¹³² (Levy et al. 2010) [+, stark]
- Es gibt klare Evidenz für die Wirksamkeit von Formen der Selbsthilfe (OR 1.2), von telefonischen (OR 1.2), persönlichen (OR 1.7) und Gruppenberatungen (OR 1.3). Je mehr unterschiedliche Beratungsformen kombiniert werden, desto grösser ist die Wirksamkeit (OR 1.5 bei einem Format, OR 2.5 bei drei oder vier Formaten). (Fiore et al. 2008, 90) [+, stark]
- Für eine Vielzahl medikamentöser Behandlungen (Nikotinpflaster, Nasensprays etc.) ist die Wirksamkeit nachgewiesen. Eine Zusammenfassung der Evidenzen findet sich bei Fiore et al. (2008, 109). Der Grossteil der untersuchten medikamentösen Behandlungen erhöht die

¹³² "Treatment effectiveness estimates were drawn from the 2008 Guideline³ and from Cochrane reviews.¹¹⁻¹⁹ Based on Abrams et al.⁹ when compared to NoEBT, quit rates are estimated to increase 100% when pharmacologic treatment is used, 60% when behavioral treatment is used, and 200% when pharmacologic treatment and behavioral treatment are used. Based on previous literature,²⁰⁻²² an average annual continuous quit rate of 4% for NoEBT was selected." (Levy et al. 2010, 365)

- Erfolgswahrscheinlichkeit von Rauchstopps um etwa Doppelte oder mehr. [+, stark]
 Vgl. dazu auch die Zusammenstellung der Evidenzen in Cornuz et al. (2003, 202) [+, stark]
- Die Kombination von Beratungen mit medikamentöser Behandlung ist wirksamer als nur eine der beiden Aufhörhilfen alleine. Die Wirksamkeit steigt mit der Anzahl der Beratungssitzungen ergänzend zur medikamentösen Behandlung. (Fiore et al. 2008, 90) [+, stark]
 - Gewisse medikamentöse Behandlungen sind kombiniert wirksamer als alleine. (Fiore et al. 2008, 109, 120) [+, stark]
 - Medikamentöse Behandlungen mit minimaler Begleitung („behavioural support“) erhöhen die Erfolgswahrscheinlichkeit von Rauchstopps um 73% (OR 1.73, CI 95% 1.39-2.15) (West/Fidler 2011) [+, eher stark]
 - Verschreibungspflichtige Medikamente mit Beratung erhöhen die Erfolgswahrscheinlichkeit von Rauchstopps (rauchfrei nach 6 Monaten) gegenüber nur Beratung um fast das Doppelte (OR 1.97). Für NRT's (Nicotine Replacement Therapie) konnte dieser Zusammenhang in dieser Beobachtungsstudie nicht gefunden werden. (Poulsen et al. 2015) [+, moderat]
 - Medikamentöse Behandlungen¹³³ erhöhen die Erfolgswahrscheinlichkeit beim Rauchstopp um das 4-6-fache gegenüber Rauchstoppversuchen ohne Medikation (Daten aus GB, Kanada, Australien und den USA).¹³⁴ (Kasza et al. 2012) [+, eher stark]
 - Medikamentöse Behandlungen (inkl. NRT) kombiniert mit verhaltenstherapeutischer Unterstützung erhöhen die Chance auf Erfolg beim Rauchstopp auf über das Dreifache.¹³⁵ (Kotz et al. 2013) [+, eher stark]
 - „Aufhörwillige, welche ohne fremde Hilfe aufhören, haben eine Wahrscheinlichkeit von ca. 5%, längerfristig rauchfrei zu bleiben, mit Beratung und Medikamenten liegt die Erfolgsrate bei 15 bis 33%.“ (Gesamteinschätzung in Schuurmans 2015) [+, eher schwach]
 - Ergebnisse aus Australien: Von den Raucher/-innen, die mehr als 10 Zigaretten pro Tag konsumierten und den Rauchstopp ohne Medikation vollzogen, waren nach einem Monat 21 % abstinent, nach 6 Monaten 14%. Von jenen, die Medikamente als Aufhörhilfe nutzen waren nach einem Monat 24%, nach 6 Monaten 16%. Nach Überprüfung verschiedener recall bias bei Personen, die ohne Medikamente aufgehört hatten, sah die Datenlage wie folgt aus: 12% waren rauchfrei nach einem Monat und 5% nach 6 Monaten. Von den Raucher/-innen, die mit Medikamenten aufgehört hatten waren 23% nach einem Monat und 14% noch nach 6 Monaten rauchfrei. (Smith et al. 2013) [+, eher stark]
 - Bei spontanen Ausstiegsversuchen liegt die Erfolgsrate zwischen 0.5 bis 3 Prozent. Bereits eine kurze Entwöhnungsberatung durch eine Ärztin oder einen Arzt führt zu Abstinenzraten von 5 bis 10 Prozent. Werden solche Kurzinterventionen kombiniert mit der Verschreibung nikotinhaltiger Medikamente, ergeben sich Abstinenzraten von bis zu 30 Prozent nach einem Jahr (diese Angaben erscheinen in zahlreichen wissenschaftlichen Artikeln, ohne dass die Urquelle ausfindig gemacht werden konnte) [+, schwach (weil nicht verifizierbar)]

Erkenntnisse zum Umfang der Nutzung von Entwöhnungshilfen

- Der Grossteil der Rauchenden gibt an, beim letzten Rauchstoppversuch keine besonderen Hilfsmittel (70.1%) genutzt zu haben, 5.8% haben E-Zigaretten (2.7% im 2013), 3.8%

¹³³ Nicotine Replacement Therapy gilt auch als medikamentöse Behandlung.

¹³⁴ “Among participants who recalled making a quit attempt within 1 month of interview, those who reported using varenicline, bupropion or nicotine patch were more likely to maintain 6-month continuous abstinence from smoking compared to those who attempted to quit without medication [adjusted odds ratio (OR) 5.84, 95% confidence interval (CI) (2.12–16.12), 3.94 (0.87–17.80), 4.09 (1.72–9.74), respectively]; there were no clear effects for oral NRT use.” (Kasza et al 2012, 193).

¹³⁵ „Compared with smokers using none of the cessation aids, the adjusted odds of remaining abstinent up to the time of the survey were 3.25 [95% confidence interval (CI) = 2.05–5.15] greater in users of prescription medication in combination with specialist behavioural support, 1.61 (95% CI = 1.33–1.94) greater in users of prescription medication combined with brief advice and 0.96 (95% CI = 0.81–1.13) in users of NRT bought over the counter.“ (Kotz et al. 2013)

Nikotinkaugummi, 3.4% Nikotinpflaster verwendet. (Kuendig et al. 2016) [0 (keine Aussage über den Erfolg), moderat (kleine Gruppengrößen)]

- Der Grossteil der Rauchenden hat auch keine professionelle Unterstützung beim Rauchstopp (ärztliche Beratung, Rauchstopplinie, App,...) in Anspruch genommen.¹³⁶ (Kuendig et al. 2016) [-, eher stark]. Im 2013 gaben 76.4% an, keine bestimmte Informationsquelle (76.4%) genutzt zu haben; 6.4% gaben an, bei einer Ärztin bzw. einem Arzt Informationen eingeholt zu haben (Kuendig et al. 2014) [-, eher stark]

Fazit

- Die Wirksamkeit sogenannt ‚evidenzbasierter Aufhörhilfen‘ ist gut belegt, am deutlichsten für pharmakologische Entwöhnungshilfen, aber auch für Formen der Beratung und Selbsthilfen.
- Die Kombination verschiedener Aufhörhilfen (z.B. pharmakologische Hilfen kombiniert mit begleitender Beratung, aber auch die Kombination verschiedener Beratungsformen) erhöht die Wirksamkeit deutlich.
- Obwohl die Wirksamkeit evidenzbasierter Entwöhnungshilfen gut belegt ist, werden noch immer die meisten Rauchstopps ohne entsprechende Entwöhnungshilfen und ohne professionelle Unterstützung unternommen.

8.4.12 WB 12: Einfluss der Intention, einen Rauchstopp zu machen, auf tatsächliche Rauchstoppversuche

Annahmen

- Wenn die Absicht steigt, mit dem Rauchen aufzuhören, führt dies auch zu Rauchstoppversuchen.
- Rauchende, die beabsichtigen, mit dem Rauchen aufzuhören, versuchen den Rauchstopp selbständig.

Risiken

- Es gibt viele Gründe, welche Rauchende mit Aufhörabsichten davon abhalten, tatsächlich mit dem Rauchen aufzuhören (z.B. erfolglose Versuche in der Vergangenheit, Durchleben einer schwierigen Lebenssituation, Gruppendruck, Versagensängste etc.).
- Die Tabaksucht ist letztlich stärker als der Wille, aufzuhören.

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Rauchende hören primär wegen extrinsischen Motivationsfaktoren mit Rauchen auf (z.B. Druck von aussen) und nicht wegen intrinsischen. Allerdings lassen sich intrinsische und extrinsische Motivation nur schwerlich trennen.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien: Borland, Partos et al. 2012; Krebs 2010; West/Brown 2012; West/Fidler 2011; Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015); Haug et al. 2010; Hughes 1999
- Evaluation NRP: Scholz & Lüscher 2016 (Expertise zu den Wirkungsmodellen)

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- Die Motivation scheint einen wichtigen Einfluss auf Rauchstoppversuche zu haben.¹³⁷ (Krebs 2012) [+, stark]

¹³⁶ Nur 11.3% der Rauchenden und Ex-Rauchenden gaben an, sicher Unterstützung wie ärztliche Ratschläge, Rauchstopplinie, Smartphone-App etc. in Anspruch genommen zu haben (zusätzliche 27.3% gaben ‚eher ja‘ an). 19.3% antworteten mit ‚Nein sicher nicht‘, und 30.6% ‚eher nicht‘ (11.5% konnten sich nicht positionieren). (Kuendig et al. 2016)

¹³⁷ „Hingegen besteht ein Zusammenhang mit dem täglichen Zigarettenkonsum vor Beginn des Wettbewerbs und mit der bei der Anmeldung deklarierten Motivation zum Rauchstopp. Befragte der höchsten Motivationsstufe (10) waren zu 79 Prozent erfolgreich, Befragte der Stufen 7+9 zu 61 Prozent und Befragte der Stufen 1-6 zu 54 Prozent.“ (Krebs 2012, 5)

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Die Wahrscheinlichkeit, dass Rauchende tatsächlich einen Rauchstopp unternehmen, sind deutlich (ca. Faktor 4.5-5.5) höher bei Personen mit konkreten Plänen für den Rauchstopp im folgenden Monat. (Borland, Partos et al. 2012)¹³⁸ [+, eher stark]
- Eine Studie zu Rauchenden in England konnte einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Motivation und Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören und den in den nächsten 6 Monaten tatsächlich durchgeführten Rauchstoppversuchen zeigen. (West/Brown 2012) [+, eher stark]; (West/Fidler 2011, 3) [+, eher stark] Dieser Zusammenhang wird auch durch eine ITC-Studie bestärkt. Allerdings zeigt sich dort, dass Motivation zwar ein Prädiktor ist für durchgeführte Rauchstopps, nicht aber für den Erfolg bei den Rauchstopps¹³⁹. (Borland, Yong et al. 2010) [+ (in Bezug auf Rauchstopps), eher stark]
- Es gibt Hinweise darauf, dass die Intention, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, ein Prädiktor ist für den Erfolg von Rauchstopps.¹⁴⁰ (Haug et al. 2010, 61) [+, eher stark]
- 24.0% der Rauchenden bzw. 22.3% der täglich Rauchenden und 27.7% der Gelegenheitsrauchenden haben in den vergangenen 12 Monaten versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. (Kuendig 2016, 10) Diejenigen, die zwar aufhören möchten, dies aber nicht in den 6 Monaten zu tun beabsichtigen, geben dafür unterschiedliche Gründe an: weil es ein Genuss ist (36.1%), weil es gegen Stress hilft (31.6%), weil es schwierig ist aufzuhören (25.6%), weil es Gewohnheit ist (26.7%), weil sie nur wenig konsumieren (13.2%) oder weil sie einfach noch nicht so weit sind (12.6%). (Kuendig et al. 2016) [-, eher stark]
- Es gibt einen grossen ‚gap‘ zwischen dem Wunsch, nicht mehr zu rauchen und der Absicht, konkret etwas gegen das Rauchen zu unternehmen. In der Schweiz geben über die Hälfte der Rauchenden an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (52.8% im 2015). Bei den täglich Rauchenden liegt der Anteil gar bei 60.1% (37.2% bei den gelegentlich Rauchenden). In den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufhören zu wollen beabsichtigen 32.7%, in den nächsten 30 Tagen noch 14.5%. (Kuendig et al. 2016) [0, eher stark]
- In einem amerikanischen Survey äusserten im Jahr 1995 fast 70% der Rauchenden den Wunsch aufzuhören, aber nur 20% gaben an, konkret in den nächsten Monaten aufhören zu wollen. Der/die durchschnittliche amerikanische Rauchende hatte im Durchschnitt 5.3 Rauchstopps hinter sich und versuchte nur einmal in 3.5 Jahren mit dem Rauchen aufzuhören. (Hughes 1999)

Plausibilisierung durch wissenschaftliche Theorien und Modelle

- In den gängigen theoretischen Modellen (z.B. HAPA, TTM) ist die Bildung von Intention ein zentraler Aspekt für eine (erfolgreiche) Verhaltensänderung (Scholz & Lüscher 2016)

Fazit

- Es gibt einen grossen ‚gap‘ zwischen dem Wunsch, nicht mehr zu rauchen und der Absicht, konkret etwas gegen das Rauchen zu unternehmen. In der Schweiz geben über die Hälfte der Rauchenden an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen. In den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufhören zu wollen, beabsichtigt aber nur ein Drittel aller Rauchenden und in den nächsten Tagen aufhören zu wollen nur noch 14.5% (Tendenz seit 2011 in allen Bereichen steigend). (Kuendig et al. 2016)

¹³⁸ „Similarly, quit attempts in the previous month and previous year were 5.3 (95% CI: 4.2-6.6) and 4.4 (95% CI: 3.6-5.5) times more likely, respectively, among participants with plans to quit the following month than those without“. (Borland Partos et al. 2012)

¹³⁹ „Thus, to suggest that all one needs to quit is to be motivated to do so is wrong. The reality is that one needs to be motivated to prompt action to stop smoking, but this is not sufficient in and of itself to ensure that one will stop smoking for any length of time. This is not an isolated finding, being consistent with other studies.“ (Borland, Yong et al. 2010, S9)

¹⁴⁰ Absicht, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören, als Prädiktor für erfolgreiche Rauchstopps nach einer Verhaltensintervention (OR 1.66, 95% CI 1.16-2.38). (Haug et al. 2010, 61; Studie zu Rauchenden in Deutschland)

- Es gibt klare Evidenz dafür, dass die konkrete Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, ein Prädiktor für tatsächliche Rauchstoppversuche ist.

8.4.13 WB 13: Zusammenhang von Rauchstoppversuchen und erfolgreichen Rauchstopps

Annahmen

- Wenn Rauchstoppversuche unternommen werden, ist ein Teil davon letztlich erfolgreich (längerfristige Rauchfreiheit).

Risiken

- Es gibt viele Gründe, um einen Rauchstopp abubrechen.

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- keine logischen Alternativerklärungen für diese Wirkungsbeziehung, weil Rauchfreiheit immer über Rauchstopps führen muss.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien: Chaiton et al. 2016, Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring Schweiz, Fokus Entwöhnung, Daten 2015); Zhu et al. 2012

Erkenntnisse

- Aktuelle Daten aus der Schweiz: 19.9% der ehemals täglich Rauchenden hörten beim ersten Versuch erfolgreich mit dem Rauchen auf, 35.0% beim zweiten. 80% versuchten somit mehr als einmal aufzuhören, bis es ihnen gelang (Kuendig et al 2016, 10) [0, eher stark]
- Die Meinungen gehen auseinander, wie viele Rauchstoppversuche es für einen erfolgreichen Rauchstopp braucht. Oft wird in der Literatur (aufgrund von Querschnittstudien) von 5-7 versuchen ausgegangen. Eine neuere Kohortenstudie hat diese Thematik eingehend untersucht und geht von durchschnittlich 30 und mehr Versuchen aus (Chaiton et al. 2016) [+, eher stark]
- Die Rate an Rauchstoppversuchen hat sich als guter Prädiktor für die Aufhörrate erwiesen.¹⁴¹ (Zhu et al. 2012) [+, stark]
- Es gibt viele Gründe, weshalb Rauchende rauchen und nicht aufhören möchten: weil es ein Genuss ist (36.1%), weil es gegen Stress hilft (31.6%), weil es schwierig ist aufzuhören (25.6%), weil es Gewohnheit ist (26.7%), weil sie nur wenig konsumieren (13.2%) oder weil sie einfach noch nicht so weit sind (12.6%). (Kuendig et al. 2016) Dies mögen auch Gründe sein, einen Rauchstopp wieder abzuberechen. „Insgesamt wollen 49.0% der täglich Rauchenden und 60.7% der Gelegenheitsrauchenden nicht aufhören, weil sie «aus Genuss» rauchen.“ (Kuendig et al. 2016, 9)

Fazit

- Nur etwa bei einem Fünftel der Rauchenden ist der erste Rauchstopp erfolgreich, die meisten Rauchenden benötigen eine Vielzahl von Rauchstoppversuchen, bis sie rauchfrei werden. Über die Anzahl von Rauchstoppversuchen bis zur Rauchfreiheit herrscht Uneinigkeit, Schätzungen reichen von 5-30 Rauchstopps.

¹⁴¹ Figure 3 shows the rate of quit attempts, defined as quitting for at least 24 h, among US smokers from 1991 to 2010. The quit attempt rate varies over time but predicts the annual cessation rate shown in figure 1 ($r=0.59$, $p<0.01$ for all smokers, $r=0.49$, $p<0.05$ for white smokers). (Zhu et al. 2012)

8.4.14 WB 14: Einfluss der Interventionen bei medizinischen Fachpersonen (Information, Kurse) auf die Bereitschaft von rauchenden Patientinnen/Patienten, mit dem Rauchen aufzuhören

Annahme

- Informationen und Kurse bei medizinischen Fachpersonen wirken sich über ärztliche Interventionen positiv auf die Absicht von rauchenden Patientinnen/Patienten aus, mit dem Rauchen aufzuhören.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien: Cornuz et al. 2002

Erkenntnisse

- Erhöhte Bereitschaft von rauchenden Patientinnen/Patienten, mit dem Rauchen aufzuhören, bei Ärztinnen/Ärzten, die einen Kurs besucht haben: „Smokers' willingness to quit was also higher in the intervention group (94% vs. 80%; $P = 0.007$).“ (Cornuz et al 2002) [+, eher stark (RCT, kleines n)]

Fazit

- Zu dieser Wirkungsbeziehung gibt es kaum Studien. Eine RCT aus der Schweiz zeigt, dass sich Kursbesuche von Ärztinnen und Ärzten positiv auf die Aufhörbereitschaft ihrer Patientinnen und Patienten auswirkt.

8.4.15 WB 15: Einfluss der Interventionen bei medizinischen Fachpersonen (Information, Kurse) auf erfolgreiche Rauchstopps

Annahme

- Interventionen (insbesondere Informationen und Kurse) bei medizinischen Fachpersonen führen dazu, dass rauchende Patientinnen und Patienten rauchfrei werden.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Auswertung von Kursen, die im Rahmen des Programms durchgeführt wurden: Kurse med. Fachpersonen Diabetes/Herz-Kreislauf(D/HK): Müller und Mäder 2008, Müller/Guggisberg 2012.
- Studien: Cornuz et al. 2002, Fiore et al. 2008

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- Die besuchten Kurse (D/HK) werden zwar als nützlich eingestuft, aber sie führen in der Einschätzung der Teilnehmenden nicht zu mehr Erfolg hinsichtlich Rauchstopps (im 2008 gaben dies nur 0.8% an, im 2012 4.2%) (Müller und Mäder 2008; Müller/Guggisberg 2012) [- , eher schwach].

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Die Schulung ärztlicher Fachpersonen erhöht nicht nur die Interventionshäufigkeit, sondern verdoppelt auch die Erfolgsrate bei anschliessenden Rauchstopps (OR 2.0).¹⁴² (Fiore et al. 2008, 130)

¹⁴² “Training clinicians to provide cessation treatment increases the prevalence of physician counseling from 36.2% to 64.7% (OR 3.2), and increases quit rates among those counseled from 6.4% to 12.0% (OR 2.0).” (Abrams et al. 2010, 357, mit Verweis auf Fiore et al. 2008, 130)

- Mind. 1-wöchige Rauchabstinenz bei Patientinnen/Patienten von Ärztinnen/Ärzten mit Training signifikant höher als bei Patientinnen/Patienten von Ärztinnen/Ärzten ohne Training (13% vs. 5%, $p=0.005$ -> clustered OR 2.8) (Cornuz et al. 2002) [+, eher stark (RCT, aber kleines n)]

Fazit

- Die vorliegenden Daten zeigen, dass Training von Ärztinnen und Ärzten nicht nur deren Interventionshäufigkeit steigert, sondern auch die Erfolgswahrscheinlichkeit der Rauchstopps ihrer Patientinnen und Patienten deutlich steigern (verdoppeln) kann. Dieser Befund unterstützt die vorliegende Wirkungsannahme, kann aber nicht auf alle medizinischen Fachpersonen übertragen werden. Es ist wahrscheinlich, dass die Einflussmöglichkeiten auf Rauchstopps und deren Erfolg bei anderen Berufsgruppen, z.B. von nicht-ärztlichen Fachpersonen, geringer sind.

8.4.16 WB 16: Einfluss von Interventionen durch medizinische Fachpersonen auf erfolgreiche Rauchstopps

Annahme

- Interventionen von medizinischen Fachpersonen führen bei Rauchenden zu erfolgreichen Rauchstopps.

Risiken

- Kurzinterventionen reichen nicht aus, um Rauchende vom Rauchen abzuhalten, es braucht vielmehr ausführlichere Beratungen

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Müller und Guggisberg 2012 (Kursauswertung); Krebs et al. 2010; Müller 2017a und Müller 2017b (Interviews)
- Studien: Stead et al. 2013; Fiore et al. 2008; Aveyard et al. 2011; West/Fidler 2011; Zhu et al. 2012; West 2012
- Evidenzbasierte Leitlinien: ENSP 2012, AWMF 2015

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- Trotz mehr Ansprache durch D/HK-Kurse wenig Erfolg bei der Raucherentwöhnung: nur 4% der Kurs-Teilnehmenden geben bei der Kursevaluation an, dass der Kurs letztlich zu mehr Erfolg führt. (Müller und Guggisberg 2012) [-, eher schwach]
Im Moment gibt es zu diesem Zusammenhang nur Einschätzungen von nicht-ärztlichen Fachpersonen HK/D.
- Aus den Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten, die im Rahmen der Evaluation des NRP durchgeführt wurden: «Die meisten der befragten Ärzte und Ärztinnen vermögen ihren Erfolg mit rauchenden Patienten, nicht in Zahlen auszudrücken. Die Erfolgschancen hängen in erster Linie vom Willen des Patienten ab, erst in zweiter Linie von der Behandlung. Die Motivation der Patienten ist bei einem Leidensdruck (spezifischen Erkrankungen) erhöht, ebenso bei einem höheren Selbstreflexionsniveau (Bildung). Wichtig ist auch eine unterstützende soziale Umgebung.» (Müller 2017a, 4) [0, moderat]
- Aus denselben Interviews: «Fasst man die Essenz der Rauchstoppberatung und -behandlung nach Ansicht der Ärzte und Ärztinnen zusammen, so lassen sich 6 Elemente herauskristallisieren: Ansprechen, auseinandersetzen, unterstützen, abgestützt auf Wissen, mit Empathie und Erfahrung, zusätzlich braucht es einen langen Atem. Die Erfahrung wird in der Praxis erworben, dazu braucht es geeignete Gefässe für den Erfahrungsaustausch.» «Das Herbeiziehen von ärztlichem Personal zur Unterstützung der Rauchstoppberatung/-behandlung findet bei den Ärzten und Ärztinnen ein sehr positives Echo. Allerdings wird auch darauf verwiesen, dass es dazu einer kurzen Zusatzausbildung bedürfte und dass ärztliches Personal zum Teil schon recht ausgelastet sei.» (Müller 2017a, 4)
In der quantitativen Befragung der medizinischen Fachpersonen sprachen sich allerdings nur

49% der Ärztinnen und Ärzte für eine aktivere Rolle der Praxisassistent/-innen in der Tabakentwöhnung aus, 39% dagegen (Dey & Haug 2016).

- Aus den Interviews mit dem Apothekenpersonal lassen sich folgende Aspekte für ein erfolgreiches Intervenieren identifizieren: «Motivieren, Vertrauen schaffen, kein Moralisieren und auf Rückfälle vorbereiten. Zentral in der Raucherberatung sind jedoch nicht nur kognitive, sondern auch affektive Aspekte: man muss auch Empathie für den Kunden und die Kundin haben. Viel Wert wird auf die längerfristige Betreuung gelegt.» (Müller 2017b, 4)

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Eine Cochrane Review hat die Ergebnisse von Studien zur Wirksamkeit sowohl von ärztlichen Kurzinterventionen (bis 20 min) als auch von längeren ärztlichen Interventionen zusammengefasst: Kurzinterventionen führen verglichen zu keinen Interventionen zu 1.66 mal höheren quit rates (RR = 1.66, 95% confidence interval (CI) 1.42 to 1.94), bei intensiveren Interventionen zu 1.84 mal höheren quit rates (RR 1.84, 95% CI 1.60 to 2.13). (Stead et al. 2013), [+, stark]
- Mit der Intensität der Intervention durch medizinische Fachpersonen steigt der Erfolg hinsichtlich Rauchstopp (Interventionsdauer < 3 Min: OR 1.3, 3-10 Min: OR 1.6, >10 Min: OR 2.3).¹⁴³ (Fiore et al 2008, 84) [+, stark]
- Je mehr Behandlungssitzungen stattfinden, desto eher ist der Rauchstopp erfolgreich (4-8 Sitzungen im Vergleich zu 0-1 Sitzung: OR 1.9) (Fiore et al. 2008).¹⁴⁴ [0, stark]
- Aber auch Kurzinterventionen (< 3 Min) erhöhen die Erfolgswahrscheinlichkeiten bei Rauchstopps bereits deutlich (OR 1.3).¹⁴⁵ (Fiore et al. 2008) [+, stark]
- Es gibt leichte Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen durch Pflegefachpersonen, die Ergebnisse der einzelnen Studien sind aber sehr heterogen.¹⁴⁶ (Rice et al. 2013) [+, eher schwach (Pflegefachpersonen sind zwar keine eigentliche Zielgruppe des NRP. In den Spitälern (HQS) wird die Beratung aber sehr oft von Pflegefachpersonen wahrgenommen.)]
- Das Anbieten verhaltenstherapeutischer Unterstützung für einen Rauchstopp (durch Ärzte/Ärztinnen) erhöht die Wahrscheinlichkeit von Rauchstoppversuchen auf mehr als das Doppelte gegenüber keiner Intervention (RR 2.17). Die Empfehlung, aus medizinischen Gründen mit dem Rauchen aufzuhören, erhöht die Wahrscheinlichkeit von Rauchstoppversuchen um 24% (RR 1.24).¹⁴⁷ (Aveyard et al. 2011) [+, stark]
- Raucher/-innen, denen vom Allgemeinpraktiker geraten wurde, mit Rauchen aufzuhören, führten nicht signifikant häufiger Aufhörversuche durch als jene, denen nicht dazu geraten wurde. (West/Fidler 2011) [-, eher stark]
- Abrupte Aufhörversuche sind erfolgreicher als langsames Aussteigen (West 2012).
- In den USA machen zwischen 4-5% der Rauchenden jährlich einen Rauchstopp von mindestens 3 Monaten. Über die letzten beiden Jahrzehnte ist dieser Anteil relativ stabil

¹⁴³ "Recommendation: There is a strong dose-response relation between the session length of person-to-person contact and successful treatment outcomes. Intensive interventions are more effective than less intensive interventions and should be used whenever possible." (Strength of Evidence = A) (Fiore et al. 2008, 83)

¹⁴⁴ "Recommendation: Person-to-person treatment delivered for four or more sessions appears especially effective in increasing abstinence rates. Therefore, if feasible, clinicians should strive to meet four or more times with individuals quitting tobacco use." (Strength of Evidence = A) (Fiore et al. 2008, 83)

¹⁴⁵ "Recommendation: Minimal interventions lasting less than 3 minutes increase overall tobacco abstinence rates. Every tobacco user should be offered at least a minimal intervention, whether or not he or she is referred to an intensive intervention." (Strength of Evidence = A) (Fiore et al. 2008, 83)

¹⁴⁶ "Pooling 35 studies (over 17,000 participants) comparing a nursing intervention to a control or to usual care, we found the intervention to increase the likelihood of quitting." (RR 1.29; 95%CI 1.20 to 1.39). (Rice et al. 2013, 1)

¹⁴⁷ "Compared to no intervention, advice to quit on medical grounds increased the frequency of quit attempts [risk ratio (RR) 1.24, 95% confidence interval (CI): 1.16–1.33], but not as much as behavioural support for cessation (RR 2.17, 95% CI 1.52–3.11) or offering NRT (RR 1.68, 95% CI: 1.48–1.89). In a direct comparison, offering assistance generated more quit attempts than giving advice to quit on medical grounds (RR 1.69, 95% CI: 1.24–2.31 for behavioural support and 1.39, 95% CI: 1.25–1.54 for offering medication)." (Aveyard et al. 2011, 1066)

geblieben. Die Autorinnen/Autoren folgern, dass in den letzten Jahren zu viel getan wurde, um die Interventionen zu verbessern und dabei vernachlässigt wurde, den Erreichungsgrad von Rauchenden zu erhöhen. (Zhu et al. 2012)

- 19% der Ex-Rauchenden berichten, bei ihrem Rauchstopp habe die Empfehlung eines Arztes oder einer Ärztin eine Rolle gespielt (bei 12% eine grosse Rolle, bei 7% eine kleine Rolle). (Krebs et al. 2010) [+, eher stark].

Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien

- Allen medizinischen Fachpersonen und insbesondere den Hausärztinnen und -ärzten wird zu Kurzinterventionen geraten, da diese die Aufhorraten nachweislich steigern.¹⁴⁸ (ENSP 2012, 52) [+, stark]
- Auch in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften werden Kurzberatungen durch medizinische Fachpersonen ausdrücklich empfohlen (Empfehlungsgrad A).¹⁴⁹ (AWMF 2015) [+, stark]
- "Die Kurzberatung für aufhörbereite Raucher sollte einen Verweis auf weiterführende Hilfsangebote wie Einzel- oder Gruppenbehandlung oder Telefonberatung beinhalten." (Empfehlungsgrad B) (AWMF 2015, 48ff) [+, stark]
- Aufgrund des geringen Aufwandes von Kurzberatungen sollen diese trotz leicht geringerer Erfolgsquoten im Vergleich zu intensiveren Beratungen bevorzugt angeboten werden. (AWMF 2015).¹⁵⁰
- Es wird geraten, den Rauchstatus jedes Patienten/jeder Patientin bei jedem Besuch zu erfassen, aufhörwillige Rauchende zu unterstützen und ihnen spezialisierte Beratung anzubieten, Rauchende an spezialisierte Fachstellen oder an eine 'quitline' zu verweisen, Rauchenden Nikotinersatzprodukte oder unterstützende Medikamente zu empfehlen. (ENSP 2012, 51) [+, stark]
- Es wird dazu geraten, Kurzberatungen mit Selbsthilfematerialien zu kombinieren.¹⁵¹ (AWMF 2015)

Fazit

- Es gibt klare Evidenz für den Einfluss ärztlicher Interventionen auf den Erfolg von Rauchstopps. Ob insgesamt auch mehr Rauchstopps durchgeführt werden, ist nicht klar, die einzige Studie dazu sagt nein.
- Die Daten scheinen insgesamt zwar für intensivere Interventionen zu sprechen, aber es darf nicht übersehen werden, dass mit vielen Kurzinterventionen – vor allem, wenn keine längeren möglich sind – ebenfalls eine grosse Wirkung erzielt werden kann. Deshalb werden auch Kurzinterventionen empfohlen.

¹⁴⁸ "Brief advice gives smokers a pro-quitting motivation when none exists and at the same time it has been shown to increase smoking cessation rates." (ENSP 2012, 52); "All doctors should recommend quitting tobacco products to all tobacco consumers. Scientific evidence indicates that advice from a doctor significantly increases smoking abstinence rates (level of evidence A)." (ENSP 2012, 51)

¹⁴⁹ "In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden." (AWMF 2015, 46)

¹⁵⁰ "Beim direkten Vergleich einer minimalen Kurzberatung gegenüber einer intensivierten Beratung ist die intensivere Form der Beratung leicht überlegen (RR, 1.37; 95% CI, 1.20 to 1.56, Stead, Bergson/Lancaster 2008). Mit Hinblick auf den geringen zeitlichen Aufwand einer Kurzberatung sollte diese Form der Ansprache bevorzugt und für alle Settings flächendeckend empfohlen werden." (AWMF 2015, 48)

¹⁵¹ "Eine Kombination der Kurzberatung mit Selbsthilfematerialien erhöht die Effekte geringfügig (Bodner/Dean, 2009), wobei unklar ist, welche Art von Materialien (Stead, Bergson/Lancaster, 2008)." (AWMF 2015, 49)

8.4.17 WB 17: Potenzial der Interventionen medizinischen Fachpersonals auf eine Reduktion des Anteils Rauchender in der Bevölkerung

Annahmen

- Die erfolgreichen Rauchstoppversuche aufgrund von Interventionen medizinischer Fachpersonen schlagen sich messbar in tieferen Prävalenzzahlen nieder.

Risiken

- Die erfolgreichen Interventionen in med. Settings sind zahlenmässig zu unbedeutend.
- Es sind primär andere Interventionen, die massgeblich zur Reduktion des Anteils Rauchender in der Bevölkerung führen.

Mögliche alternative Erklärungen für beobachtete Wirkungen

- Rauchende hören primär aus anderen Gründen mit Rauchen auf und nicht wegen Interventionen med. Fachpersonen.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Dey & Haug 2016
- Studien: Borland Li et al. 2012; Smith et al. 2013; Kuendig et al. 2016 (Suchtmonitoring)
- Studien zu alternativen Interventionsansätzen: Frazer et al. 2016; Fichtenberg & Glantz 2002, Dunlop et al. 2011; Krebs 2012, Humair 2015, Chapman et al. 2013, Lancaster & Stead 2009, Levy et al. 2010a und 2010b; Stapleton et al. 1998; WHO Europe 2003

Hochrechnungen zum Wirkungspotenzial des Ansatzes

- **Anteil des NRP an Interventionen im medizinischen Setting:** Die Begleitgruppe zur Contribution Analysis schätzt den Anteil des NRP an den gesamten Interventionen im medizinischen Setting auf 60-80%.
- **Empfehlung Rauchstopp:** Jährlich erhalten ca. 10-20% der Rauchenden durch eine medizinische Fachperson die Empfehlung für einen Rauchstopp (*Kuendig et al. 2016*). Fast die Hälfte der täglich Rauchenden hat bei einer Befragung im Rahmen des Suchtmonitorings im 2015 angegeben, in den letzten 12 Monaten eine Empfehlung erhalten zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören (45.2% gegenüber 47.5% im 2013, 53.8% bei täglich Rauchenden, 27% bei gelegentlich Rauchenden). 25.8% der täglich Rauchenden haben eine solche Empfehlung von einem Arzt/einer Ärztin (2013: 25.9%), 4.4% von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin (2013: 1.1%) und 3.3% von einer anderen medizinischen Fachperson (2013: 1.6%) erhalten. Zum Vergleich: 63.1% haben eine Empfehlung von einem Familienmitglied erhalten, 34.2% aus dem Freundeskreis. (*Kuendig et al. 2016*)
- **Empfehlung Unterstützung:** Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Dey & Haug (2016) dürften jährlich 5-10% der Rauchenden eine Empfehlung für konkrete Unterstützung erhalten.
- **Inanspruchnahme der Unterstützung:** Die Fachpersonen schätzen, dass rund 25% der Rauchenden die empfohlene Unterstützung auch in Anspruch nehmen (*Schätzung Fachpersonen, vgl. Dey & Haug 2016*). Das wären 1.25-2.5% der Rauchenden.
- **Wirksamkeit:** Gemäss Fiore (2008) dürften evidenzbasierte Behandlungen in rund 13%-28% der Fälle wirksam sein (je nach Behandlungsart und Kombination).
- **Aufhörende pro Jahr:** Jährlich dürften in der Schweiz rund 4% der Rauchenden resp. rund 72'000 Personen das Rauchen aufgeben (4% von 1.81 mio., Hochrechnung auf Basis *Kuendig et al. 2016*)
- **Wirkungspotenzial des NRP:** Rund 2'000-10'000 neue Nicht-Rauchende pro Jahr dürften den Interventionen des NRP im medizinischen Setting zugerechnet werden können (0.1-0.5% aller Rauchenden resp. 3-14% der Aufhörenden):
 - o Unterer Wert: 1.25% von 1.81 mio. = 22'625. Davon 13% (mind. Wirkung) = 2'942. Davon 60% (min. Anteil NRP) = 1'765.
 - o Oberer Wert: 2.5% von 1.81 mio. = 45'250. Davon 28% (max. Wirkung) = 12'670. Davon 80% (max. Anteil NRP) = 10'136.

Erkenntnisse aus internationalen Studien

- Die Unterstützung von medizinischen Fachpersonen wird vom Grossteil der Rauchenden nicht beansprucht und ist für den Rückgang der Raucherprävalenz in einem Land auch nicht zwingend.¹⁵² (Borland Li et al. 2012) [-, eher stark]
- In Australien ist seit ein paar Jahren eine Stabilisierung der Zahl der Personen, die das Rauchen aufgeben, zu beobachten (die Raucherprävalenz liegt in Australien bei 14%) und zwar im gleichen Zeitraum, in dem das Angebot an evidenzbasierter Rauchstoppunterstützung sehr stark ausgeweitet wurde (NRT¹⁵³ seit 2001 finanziell abgegolten, Bupropion 2008, Vareniclin 2011, telefonische Beratung und Unterstützung durch GP's ausgeweitet) und auch andere Massnahmen inkl. Denormalisierung verstärkt wurden. Zu den Gründen dafür gibt es verschiedene Hypothesen (verbleibende Rauchende sind stärker süchtig, Probleme bei der Erreichbarkeit, vermehrtes Medikamentenangebot untergräbt die Selbstwirksamkeit etc.), die diesbezügliche Datenlage ist aber unklar. (Smith et al. 2013) [0, moderat] Die Autorinnen und Autoren empfehlen insbesondere, mehr Forschung zu Selbstaufhören zu betreiben¹⁵⁴.

Erkenntnisse zur Wirkung alternativer Interventionen

- Eine Cochrane review untersuchte die Wirkung gesetzgeberischer Rauchverbote. Es gibt konsistente Evidenz in Bezug auf positive Wirkungen auf Gesundheitsindikatoren, nicht aber in Bezug auf die Raucherprävalenz und Tabakkonsum.¹⁵⁵ (Frazer et al. 2016), [0 (die Wirkungsannahme weder unterstützend noch widerlegend), stark].
- Eine Studie in Australien untersuchte den Zusammenhang zwischen einer Tabaksteuererhöhung und Rauchstopps. Es zeigte sich, dass die Preiserhöhung aufgrund der höheren Steuern 28% der Aufhörenden etwas und 38% stark beeinflusste.¹⁵⁶ (Dunlop et al. 2011) [0 (die Wirkungsannahme weder unterstützend noch widerlegend), eher stark].
- Ein Verbot in Firmen, Institutionen und Spitälern kann zu einem Rückgang der Raucherprävalenz bei den Mitarbeitenden führen.¹⁵⁷ (zusammenfassender Befund in Humair 2015, 31, Details dazu. in Fichtenberg & Glantz 2002)

¹⁵² "The generally low level of use of help, even in countries where smoking prevalence has reduced markedly and such help is widely available, shows that availability of help is not sought by many, and is not necessary to make progress in reducing prevalence. However, help can play an important role because smokers can increase their chances of quitting by using it, and there is some evidence that the provision of services can also encourage selfquitting." (19).

¹⁵³ NRT: Nicotin Replacement Therapy

¹⁵⁴ Zwei ITC-Studien aus Australien liefern Hinweise, inwiefern sich Selbstaufhörende von andern unterscheiden: Raucher/-innen, die keine Medikamente als Aufhörhilfe nutzen sind eher männlichen Geschlechts, eher jünger, gehören eher ethnischen Minderheiten an, verdienen weniger, sind weniger abhängig vom Nikotin, verfügen über eine höhere Selbstwirksamkeit und stimmen der Aussage „Medikamente machen den Rauchstopp einfacher“ nicht zu. (Kasza et al. 2012; Borland, Partos und Cummings 2012)

¹⁵⁵ "There is consistent evidence of a positive impact of national smoking bans on improving cardiovascular health outcomes, and reducing mortality for associated smoking-related illnesses. Effects on respiratory and perinatal health were less consistent. We found 24 studies evaluating the impact of national smoke-free legislation on smoking behaviour. Evidence of an impact of legislative bans on smoking prevalence and tobacco consumption is inconsistent, with some studies not detecting additional long-term change in existing trends in prevalence." (Frazer et al. 2016, 2)

¹⁵⁶ "Seventeen per cent of recent quitters interviewed after the tax increase had quit since the tax increase. Of those interviewed after the tax increase, 28% reported that increasing cigarette prices had helped them somewhat, and 38% reported that it helped them a great deal." (Dunlop et al 2011, 1691)

¹⁵⁷ "Totally smoke-free workplaces are associated with reductions in prevalence of smoking of 3.8% (95% confidence interval 2.8% to 4.7%) and 3.1 (2.4 to 3.8) fewer cigarettes smoked per day per continuing smoker." (Fichtenberg/Glantz 2002, 1).

- Die Einführung umfassender Rauchstopp-Policy-Massnahmen kann die quit-rate um den Faktor 2.5 erhöhen.¹⁵⁸ (Levy et al. 2010) [- (die Wirkungsannahme weder unterstützend noch widerlegend), stark].
- Dem Grossteil der Rauchenden (54-69%) gelingt es, ohne fremde Unterstützung mit dem Rauchen aufzuhören, wie eine systematische Review über Studien zu Rauchstopps in Australien gezeigt hat. (Chapman et al. 2013) [-, stark]
- Auch Zahlen aus der Schweiz bestätigen, dass der Grossteil der Rauchenden, die einen Rauchstopp unternimmt, dies nach eigenen Angaben ohne fremde Unterstützung tut. (Krebs 2012) [-, moderat]
- Es gibt moderate Evidenz für die Wirksamkeit von Selbst-Hilfe Materialien. Diese erhöhen die Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen aufzuhören, um 21 % gegenüber der Verwendung von keinen Materialien (RR=1.21). (Lancaster & Stead 2009) [0, stark]
- Eine Review zum Rauchverhalten in Australien zeigt, dass zwischen 54 bis 78 % der Ex-Rauchenden ohne strukturierte Hilfe den Rauchstopp geschafft zu haben. 41% bis 82% der Rauchenden gaben an, es ohne strukturierte Hilfe versucht zu haben. (Smith et al. 2013) ([0, stark]
- Die Rückfallquote nach einjähriger Rauchfreiheit wurde für verschiedene Aufhörmethoden auf etwa 30-40% berechnet (RCT für Nasensprays rund 30% und Hinweise auf andere Studien in Stapleton et al. 1998). [0, stark (aber bereits ältere Studie)]
- Levy et al (2010a und 2010b) haben die Effekte von Tabakpräventionspolicies untersucht und berechnen hohe Effekte von Steuererhöhungen, Gesetzgebungen etc. auf die Aufhörraten.¹⁵⁹ Dieser Befund steht teilweise im Widerspruch zu den Ergebnissen der Cochrane Review von Frazer et al. 2016.
- Eine Review der WHO Europe (2003) belegt die Wirksamkeit regulatorischer Massnahmen zur Tabakprävention und insbesondere die Besteuerung von Tabakprodukten¹⁶⁰. Sie empfiehlt die Kombination verschiedener regulatorischer Massnahmen. [0 (diese Befunde widersprechen der Wirksamkeit von Beratungen nicht, unterstützen sie aber auch nicht), sehr stark]

Fazit

- Der Interventionsansatz über medizinische Fachpersonen ist nur einer von vielen Ansätzen, die sich (potenziell) reduzierend auf die Raucherprävalenzen auswirken. Während es zu einigen Ansätzen eindeutige Evidenzen zu deren Wirksamkeit gibt, fehlen bei Interventionen medizinischer Fachpersonen entsprechende Wirkungsnachweise auf Bevölkerungsebene (z.B. Studien, die im Zeitverlauf gezeigt hätten, dass nach einer Initiative ärztlicher Fachpersonen die Rauchstopps zu- oder die Prävalenzen abgenommen hätten).
- Fast die Hälfte der Rauchenden gibt an, in den letzten 12 Monaten eine Empfehlung erhalten zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören. 25.8% haben eine solche Empfehlung von einem Arzt/einer

¹⁵⁸ "The annual baseline population quit rate is 4.3% of all current smokers. Implementing any policy in isolation is projected to increase the quit rate to between 4.5% and 6%. By implementing all five policies in combination, the quit rate is projected to increase to 10.9%, or 2.5 times the baseline rate." (Levy et al. 2010a, 364)

¹⁵⁹ "Evidence-based cessation treatment policies have the strongest effect, boosting the population quit rate by 78.8% in relative terms. Treatment policies are followed by cigarette tax increases (65.9%); smokefree air laws (31.8%); and mass media/educational policies (18.2%). Relative to the status quo in 2020, the model projects that smoking prevalence is reduced by 14.3% through a nationwide tax increase of \$2.00, by 7.2% through smokefree laws, by 4.7% through mass media/educational policies, and by 16.5% through cessation treatment policies alone. Implementing all of the above policies at the same time would increase the quit rate by 296%, such that the HP2010 smoking prevalence goal of 12% is reached by 2013." (Levy et al. 2010b, 373)

¹⁶⁰ „Price increases on tobacco products are one of the most effective means of reducing cigarette smoking. Studies show that a price increase of 10% results in a 2.5% – 5% smoking reduction in the short run and possibly up to 10% in the long run, if prices are increased to keep pace with inflation. Young people may reduce their smoking at two to three times the rate of older people.“ (WHO Europe 2013, 4)

Ärztin, 4.4% von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin und 3.3% von einer anderen medizinischen Fachperson. (Kuendig et al. 2016)

- Wenn ca. 15% der Rauchenden jährlich von einer Ärztin/einem Arzt auf das Rauchen angesprochen werden oder etwa 10%-15% von einer med. Fachperson empfohlen wird, mit dem Rauchen aufzuhören, etwa der Hälfte empfohlen wird, Unterstützung in Anspruch zu nehmen und etwa $\frac{1}{4}$ diese Unterstützung auch in Anspruch nimmt (Hochrechnung/Tabelle), dann sind das etwas weniger als 2% der Rauchenden. Je nach Erfolgsrate der Unterstützung vermindert sich diese Zahl noch einmal.

8.5 Synthese

Das Nationale Rauchstopp-Programm will, dass ausgewählte medizinische Fachpersonen regelmässig und über unterschiedliche Kanäle zum Thema Tabakprävention und Rauchstopp angesprochen, informiert und geschult werden. In den Ausbildungslehrgängen soll ein Grundstock geschaffen werden, der über Fort- und Weiterbildungskurse sowie über regelmässige Informationen durch Versände und an Kongressen vertieft und aktualisiert werden soll. Bei der Auswahl der Fachpersonen wird einerseits auf eine möglichst breite Ansprache von Rauchenden geachtet (Allgemein- und Zahnärzteschaft, Apotheken), andererseits sollen Rauchende dann angesprochen werden, wenn sie für Interventionen zum Rauchstopp aufgrund besonderer Vulnerabilität besonders empfänglich sein dürften (z.B. bei Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, Lungenkrankheiten, in der Schwangerschaft oder allgemein während Spitalaufenthalten).

8.5.1 Information

Vgl. die entsprechenden Leistungsziele

Die Leistungsziele des Nationalen Rauchstopp-Programms im Bereich Information wurden vollumfänglich erfüllt, zu einem grossen Teil gar übertroffen. Alle Praxen resp. Apotheken wurden mindestens einmal jährlich mit Informationsmaterial beliefert. Manuale und Guidelines wurden in weit grösserem Umfang als geplant verbreitet. Auch die Bestellungen von Informationsmaterial übertrafen die Erwartungen resp. die Zielvorgaben. Zusätzlich wurden auf Initiative oder mit Unterstützung des NRP verschiedene Fachartikel zum Thema publiziert und einzelne Fachgruppen wurden an Kongressen wiederholt mit dem Thema Rauchstopp konfrontiert.

Die Informationsarbeit erfolgte berufsgruppenspezifisch. Während beispielsweise Standaktionen an Kongressen der Dentalhygiene und Prophylaxeassistenten auf gute Resonanz stossen, bewähren sie sich aufgrund einer zu grossen thematischen Konkurrenz an Ärztekongressen nicht. Bei dieser Fachgruppe wurden Kongresse vielmehr für die Durchführung von Workshops genutzt und es wurden verschiedene Fachartikel publiziert, um die Ärztinnen und Ärzte über diesen Weg zusätzlich erreichen zu können.

In der Befragung der medizinischen Fachpersonen geben rund 50% der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Kardiolog/-innen) an, dass sie sich mind. einmal jährlich über das Thema informieren. Bei den Pharmazieassistent/-innen und bei den Fachpersonen Herz-Kreislauf und Diabetes sind es etwas weniger (ca. 45%), bei den Apotheker/-innen etwas mehr (rund 55%). Bei den Zahnärzt/-innen ist dieser Anteil geringer (rund ein Viertel). Die Befragung hat gezeigt, dass die genutzten Informationskanäle sehr vielfältig sind und dass die medizinischen Fachpersonen diejenigen Kanäle zum grossen Teil auch nutzen, die vom NRP zur Verbreitung von Informationen verwendet werden. (Dey & Haug 2016)

8.5.2 Ausbildung von medizinischen Fachpersonen

Vgl. die entsprechenden Leistungsziele

Es ist das längerfristige Anliegen des Nationalen Rauchstopp-Programms, dass die Themen Tabakprävention und Rauchstopp in den Curricula aller Ausbildungsgänge relevanter medizinischer Fachpersonen verankert sind und alle Studierenden die entsprechenden Qualifikationen bereits in ihrer Grundausbildung erhalten. Die Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Integration der Themen Tabakprävention und Rauchstopp in die Ausbildungsgänge der verschiedenen Berufsgruppen sind unterschiedlich, meist sehr beschränkt und entsprechend liegt die Zielerreichung nicht alleine in den Händen des NRP. Es ist beispielsweise nicht möglich, in allen Ausbildungsgängen selber Rauchstoppkurse anzubieten und dort wo dies möglich ist, sind die Kurse zum Teil nicht obligatorisch.

Dieser heterogenen und herausfordernden Situation entsprechend, versucht das NRP über verschiedene Wege, das Thema in die Ausbildungsgänge einzubringen. Für einzelne Berufsgruppen bietet es selber Kurse an, für andere vermittelt es Referentinnen und Referenten, und bei einzelnen Berufsgruppen ist es bereits dem Programm in früheren Jahren gelungen, das Thema Tabakprävention/Rauchstopp selber oder das Thema Sucht im Lehrplan zu verankern.

In der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten werden vereinzelt Kurse von Referent/-innen des NRP in den klinischen Semestern durchgeführt, der Erreichungsgrad ist aber noch tief und eine Verankerung von Ausbildungseinheiten im Lehrplan noch in weiter Ferne. Die mehreren hundert Kliniken, die als Ausbildungsstätten fungieren, erschweren ein breites Engagement und eine Verankerung. Immerhin konnte das Thema Rauchstopp aber in die Prüfungsfragen für angehende Ärztinnen und Ärzte integriert werden. Bei den Herztherapeutinnen und Diabetesfachberatern sind die Rauchstoppinhalte in den Curricula gut vertreten, aber nicht langfristig gesichert. Der Erreichungsgrad ist derzeit nur dank einer aktiven Rolle des NRP hoch. Besser ist die Situation bei der Ausbildung der Apothekerinnen und Apotheker. Die Inhalte sind in den Curricula aller Universitäten verankert, der Erreichungsgrad entsprechend hoch. Das NRP bietet Referent/-innen sowie Wissensprüfungstests an, die in den Ausbildungen genutzt werden können. Bei den Pharmazieassistentinnen und -assistenten ist das Thema in überbetrieblichen Kursen verankert. Diese sind aber nicht in allen Schulen obligatorisch und die meisten sind auf Nikotinersatzprodukte fokussiert und thematisieren das Ansprechen von Kundinnen und Kunden nicht. Das NRP führt selber Kurse in einigen Berufsschulen durch. In den Zahnmedizinischen Ausbildungen ist die Tabakproblematik gut positioniert. An drei der vier Universitäten mit Lehrgängen für die Zahnmedizin wird nebst den physiologischen Auswirkungen des Tabakkonsums auf die Gesundheit und insbesondere die Mundgesundheit sowohl die Rauchstoppberatung als auch die Gesprächsführung im Allgemeinen behandelt, der Erreichungsgrad ist entsprechend hoch. Alle vier Berufsschulen für Dentalhygiene und die drei Deutschschweizer Berufsschulen für Prophylaxeassistenten¹⁶¹ bearbeiten das Thema intensiv, das NRP führt selber viele Kurse an diesen Schulen durch.

Der Erreichungsgrad der medizinischen Fachpersonen in Ausbildung und die Verankerung des Themas in den Studiengängen ist insgesamt sehr unterschiedlich, von sehr gering bis zu sehr hoch. Eine flächendeckende Erreichung aller Fachpersonen mit qualitätsgeprüften Ausbildungseinheiten zum Thema Rauchstopp ist in absehbarer Zeit nicht realistisch. Die gesetzten Ziele im Bereich der Ausbildung wurden teilweise sehr gut erreicht (z.B. in den Bereichen Pharmazie und Zahnmedizin), bei anderen Berufsgruppen weniger gut (z.B. Ärzteschaft), bei den Fachpersonen Herz-Kreislauf und Diabetes wurden keine Ziele für diese Programmperiode formuliert.

8.5.3 Fort- und Weiterbildungen

Vgl. die entsprechenden Leistungsziele

Um die in der Ausbildung erworbenen Qualifikationen langfristig erhalten und aktualisieren zu können, sollen die Fachpersonen regelmässig über Entwicklungen in diesen Themen auf dem Laufenden gehalten werden und regelmässig entsprechende Fort- und Weiterbildungen besuchen. Für Fachpersonen, welche in der Grundausbildung nicht zum Rauchstopp geschult worden sind, sind diese Fort- und Weiterbildungen besonders wichtig.

Die jährlichen Leistungsziele zu den Fort- und Weiterbildungskursen wurden weitgehend erreicht bzw. zum grossen Teil stark übertroffen. Der jährliche durchschnittliche Erreichungsgrad mit Kursen liegt bei den ärztlichen Grundversorgern bei rund 5%, bei der Fachärzteschaft des Bereichs Herz-Kreislauf bei 7-8%, bei den nicht-ärztlichen Fachpersonen Herz-Kreislauf/Diabetes bei 10-15%. In den

¹⁶¹ In den Berufsschulen für Prophylaxeassistenten in der Romandie und im Tessin ist das NRP nicht aktiv.

Bereichen Pharmazie und Zahnmedizin liegt der Erreichungsgrad mit Kursen unter einem Prozent, diese Fachpersonen werden primär und sehr gut über die Ausbildung erreicht.

8.5.4 Erreichung medizinischer Fachpersonen

Vgl. die entsprechenden Leistungsziele

Die Strategien zur Erreichung der medizinischen Fachpersonen werden geleitet von der Vision einer flächendeckenden Ansprache. Damit alle Rauchenden regelmässig von medizinischen Fachpersonen auf Ihr Rauchen angesprochen und ihnen Rauchstopps empfohlen und Unterstützung angeboten werden, müssen die wichtigsten medizinischen Fachpersonen ausreichend ausgebildet und regelmässig mit aktuellen Informationen und Weiterbildungen erreicht werden.

Ein grosser Teil der medizinischen Fachpersonen kommt bereits in der Ausbildung mit dem Thema Tabakentwöhnung in Kontakt, wobei sich Intensität und Erreichungsgrad je nach Berufsgruppe stark unterscheiden. Während es in einigen Berufsgruppen gelungen ist, Tabakentwöhnung in der Ausbildung zu verankern, ist es bei anderen sehr schwer, auf die Ausbildungslehrgänge Einfluss zu nehmen. Auch wenn in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten Tabakentwöhnung nur teilweise Unterrichtsstoff ist, muss betont werden, dass diese Fachpersonen ein gutes allgemeines Grundwissen im Bereich Tabak erlangen.

Da sich der Tabakkonsum (Stichwort e-Zigaretten) und die Angebote und Strategien zur Tabakentwöhnung (Stichwort neue Medikamente) mit der Zeit wandeln, muss das entsprechende Wissen regelmässig aktualisiert werden. Dazu dienen einerseits die verschiedenen Informationsangebote des NRP. Der Erreichungsgrad der Fachpersonen mit Informationen zur Tabakentwöhnung ist über die flächendeckenden Mailings, die Verbreitung von Rauchstoppmanualen und Guidelines sowie über die zusätzlichen Fachartikel und/oder Aktionen an Kongressen sehr hoch. Jede dieser medizinischen Fachpersonen wird regelmässig und über unterschiedliche Kanäle mit Informationen zur Tabakentwöhnung konfrontiert und hat die Möglichkeit, zusätzliche Materialien zu bestellen.

Interessierte Fachpersonen werden in einem sehr unterschiedlichen Ausmass mit Fort- und Weiterbildungskursen erreicht: bei den Ärzt/-innen, Fachärzteschaft des Bereichs Herz-Kreislauf und nichtärztlichen Fachpersonen Herz-Kreislauf und Diabetes liegt dieser Anteil zwischen 5-15%, in den Bereichen Pharmazie und Zahnmedizin werden die Fachpersonen kaum über Kurse (jährlich unter einem Prozent), jedoch über die Ausbildung erreicht.

Der Erreichungsgrad über die Ausbildung, Informationsarbeit und Fort- und Weiterbildung wird bei den verschiedenen Fachgruppen wie folgt eingeschätzt (Einschätzung durch die Evaluation und die Programm- und Projektleitungen, bei der Ausbildung wird die Gesamtsituation eingeschätzt, bei der Information und den Kursen wird auf den Beitrag des NRP fokussiert):

Erreichungsgrad <i>Mit dem Thema Tabakentwöhnung</i>	Ärzterschaft	Diabetes/Herz-Kreislauf		Zahn- medizin	Apotheker /-innen	Pharma- Assistent/- innen
		Fachärzte- schaft Herz- Kreislauf	Nicht- ärztl. Fach- personen			
Ausbildung	tief-mittel ¹⁶²		hoch	hoch ¹⁶³	hoch	mittel
Informationsarbeit	hoch	hoch	hoch	mittel ¹⁶⁴	mittel	
Fort-, Weiterbildung	mittel	mittel	hoch	tief	tief	tief

Tab. 37 Erreichungsgrad der medizinischen Fachpersonen

8.5.5 Rauchstoppspezifische Qualifikationen medizinischer Fachpersonen

Vgl. das entsprechende Wirkungsziel sowie die Wirkungsbeziehung 2

Die Hinweise, die zur Verfügung stehen, deuten darauf hin, dass sich die Qualifikation der medizinischen Fachpersonen generell noch verbessert hat. Dies drückt sich einerseits in den erhöhten Anteilen der Fachpersonen mit entsprechender Aus- und Weiterbildung aus (dort wo beurteilbar), andererseits in der noch weiter gesteigerten Interventionstätigkeit. Zwischen durchschnittlich 25-60% der Fachpersonen geben an, bereits in der Ausbildung zum Thema Rauchstopp geschult worden zu sein, wobei der Anteil bei jüngeren Fachpersonen markant höher ist als bei älteren und teilweise gegen 80% geht.

Die in Kursen des NRP vermittelten Inhalte werden grösstenteils als nützlich beurteilt und dort wo erfragt, wird von der grossen Mehrheit auch ein Wissenszuwachs angegeben. Die Kurse führen zudem dazu, dass die Guidelines und Manuale besser bekannt sind und genutzt werden und dass sich medizinische Fachpersonen vermehrt über das Thema informieren. Aus den Evaluationen des NRP gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die Informations- und Kursangebote des NRP geeignet sind, die entsprechenden Kompetenzen der Fachpersonen zu verbessern. Dieser Zusammenhang wird gestützt durch internationale Empfehlungen, das Thema Tabakentwöhnung konsequent in Aus- und Weiterbildungen von medizinischen Fachpersonen zu integrieren. Aufgrund der Befragungsergebnisse bietet es sich an, weiterhin auf klassische Weiterbildungsformen zu setzen, ergänzend aber vermehrt E-learning und webbasierte Formen einzusetzen.

Die Manuale und Guidelines zur Tabakentwöhnung oder die entsprechenden Webseiten dazu kennen rund die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (inkl. Fachärzteschaft des Bereichs Herz-Kreislauf) und Apothekerinnen und Apotheker. Bei der Zahnärzteschaft und den Pharmazieassistentinnen und Pharmazieassistenten sind die Werte etwas tiefer¹⁶⁵. Genutzt werden diese Informationskanäle aber höchstens von der Hälfte derjenigen, die sie kennen. Die medizinischen Fachpersonen kennen die wichtigsten Rauchstopppberatungsangebote ausserhalb ihrer Praxis (Rauchstopplinie, Rauchstoppkurse, Beratungsangebote in der Region) unterschiedlich gut. Alle drei Angebote kennt höchstens ein Viertel der Fachgruppen, mindestens 2 Angebote kennen rund 30-65%. Je nach Fachgruppe gibt es bis zu 30% (Zahnärzteschaft und Pharmazie), die keines der Angebote kennen. Es zeigt sich, dass ein bedeutender Teil der medizinischen Fachpersonen sehr gut informiert ist, bei anderen gibt es starke Informationsdefizite. Insgesamt gesehen sind die Ärzt/-innen (inkl. Kardiolog/-

¹⁶² An den Universitäten Genf und Lausanne gibt es im Medizinstudium Vorlesungen zur Tabakentwöhnung.

¹⁶³ Bei den Zahnärzt/-innen und Prophylaxeassistent/-innen fehlen Angaben zur Romandie und zum Tessin, die Einschätzung bezieht sich bei diesen Berufsgruppen auf die Deutschschweiz.

¹⁶⁴ Das Informieren durch das NRP ist ähnlich hoch wie bei anderen Berufsgruppen, aber die offensichtlich tiefere Resonanz, die sich in der Befragung zeigt, veranlasst zu einer Herabstufung der Bewertung auf 'mittel'.

¹⁶⁵ Zahnärzteschaft 42.4%, Pharmazieassistentenz 34.6%.

innen) und die nichtärztlichen Fachpersonen Herz-Kreislauf/Diabetes besser informiert als die Fachpersonen aus der Zahnmedizin und der Pharmazie.

Die Befragung zeigt, dass sich viele medizinische Fachpersonen neben Schulungsmaterial vor allem auch Materialien wünschen, die sie direkt in der Beratung mit Patientinnen und Patienten unterstützen (Broschüren, Listen mit Adressen, Apps etc.). Zudem wünschen sich einzelne Fachpersonen aus Apotheken und Zahnarztpraxen Inhouse-Weiterbildungen (dieses bestehende Angebot ist offenbar attraktiv, aber nicht allen bekannt).

Zu den Qualifikationen im weiteren Sinne werden im vorliegenden Wirkungsmodell auch die Motivation und das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Rauchstoppinterventionen gezählt. Wie die Befragung der medizinischen Fachpersonen zeigt, ist fehlendes Interesse der Fachpersonen kaum ein Hinderungsgrund für das Anbieten von Rauchstopp-Unterstützung.¹⁶⁶ Die befragten Fachpersonen sind weitgehend überzeugt von der Wirksamkeit von Rauchstoppinterventionen, selbst wenn sie keine oder nur selten solche anbieten. Fehlende Wirksamkeit wird kaum als Hinderungsgrund genannt.¹⁶⁷

8.5.6 Interventionsverhalten medizinischer Fachpersonen

Vgl. die Wirkungsziele zu Kurzinterventionen und Beratungen sowie die Wirkungsbeziehungen 3 und 4

Evidenzbasierte Leitlinien zur Tabakprävention empfehlen vom Grundtenor her für alle relevanten medizinischen Settings, Patientinnen und Patienten grundsätzlich nach dem Rauchstatus zu fragen, diesen systematisch in der Patientendokumentation zu erfassen und Unterstützung beim Rauchstopp anzubieten. Die medizinischen Fachpersonen engagieren sich unterschiedlich stark im Bereich des Rauchstopps. Mehr als 4 von 5 Ärztinnen und Ärzten sprechen gemäss eigenen Angaben alle Patientinnen und Patienten auf das Rauchen an, dokumentieren den Rauchstatus immer, empfehlen allen Rauchenden einen Rauchstopp und empfehlen zumindest den interessierten Rauchenden, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Bei den Kardiologinnen und Kardiologen sind es jeweils gar über 90%. Bei nicht-ärztlichen Fachpersonen im Bereich Herz-Kreislauf/Diabetes und bei Zahnärztinnen und -ärzten sind die Werte deutlich tiefer (z.B. sprechen nur 61% resp. 68% dieser Fachpersonen alle Patient/-innen auf das Rauchen an). In der Apotheke werden fast alle Rauchenden mit einem typischen Krankheitsbild auf das Rauchen angesprochen, allerdings empfiehlt nur etwas mehr als ein Drittel der Apothekerinnen und Apotheker und ein Fünftel der Pharmazieassistentinnen und -assistenten allen Rauchenden einen Rauchstopp (bei Abgabe von entsprechenden Medikamenten sind es deutlich mehr). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Grossteil der medizinischen Fachpersonen zwar Kurzinterventionen zur Förderung von Rauchstopps durchführt, dies aber mehrheitlich selektiv und nicht systematisch bei allen Rauchenden. Bei den Ärztinnen und Ärzten spricht etwas mehr als ein Drittel¹⁶⁸ mindestens die Rauchenden mit einem typischen Krankheitsbild auf das Rauchen an, dokumentiert den Rauchstatus, empfiehlt allen diesen Rauchenden einen Rauchstopp und empfiehlt ihnen, dabei Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Die entsprechende Aktivität der Zahnärztinnen und Zahnärzte ist im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten bescheiden, nur jede/r Zehnte erfüllt diese Kriterien (Dey & Haug 2016).

¹⁶⁶ Von den med. Fachpersonen, die keine oder nur selten Unterstützung anbieten, wird ‚fehlendes Interesse‘ (der Fachperson) wie folgt genannt: Ärzteschaft: 3%, Kardiolog/-innen 2.9%, nicht-ärztliche Fachpersonen HK/D 4.7%, Zahnärzteschaft 7.4%, Apotheker/-innen 3.4%, Pharmaassistent/-innen 1.5%.

¹⁶⁷ Von den med. Fachpersonen, die keine oder nur selten Unterstützung anbieten, wird ‚Entwöhnung ist nicht wirksam‘ wie folgt genannt: Ärzteschaft: 2.7%, Kardiolog/-innen 2.9%, nicht-ärztliche Fachpersonen HK/D 0.9%, Zahnärzteschaft 3.6%, Apotheker/-innen 2.6%, Pharmaassistent/-innen 1%.

¹⁶⁸ 36% (Dey & Haug 2016).

Direkte Vergleiche des Interventionsverhaltens mit Vorjahren sind aufgrund veränderter Erhebungsfragen nur teilweise möglich. Dort wo möglich, deuten die neuen Zahlen tendenziell aber auf ein systematischeres Interventionsverhalten hin, allerdings mit Ausnahmen (Dey & Haug 2016).

Es gibt eine Reihe von Gründen, welche medizinische Fachpersonen daran hindern, Unterstützung beim Rauchstopp anzubieten. ‚Mangelnde Ausbildung‘, ‚keine Zeit‘ und ‚fehlendes Interesse der Rauchenden‘ sind gemäss Befragung 2016 die wichtigsten. Während bei der Ärzteschaft diese drei Hinderungsgründe ähnlich stark vertreten sind (je zwischen 30 und 40%), sticht im zahnmedizinischen Setting und in der Apotheke ‚fehlendes Interesse der Rauchenden‘ als Hauptgrund heraus. (Dey & Haug 2016) Neben diesen gestützt abgefragten Gründen dürfte aufgrund von Hinweisen aus anderen Studien die ‚fehlende finanzielle Abgeltung‘ ein weiterer wichtiger Grund sein (vgl. Humair 2015, Cornuz et al. 2000). Die Ergebnisse zeigen im Weiteren deutlich, dass es kaum medizinische Fachpersonen gibt, die an der Wirksamkeit der Tabakentwöhnung zweifeln.

Das NRP versucht mit Informationsarbeit und insbesondere mit Aus- und Weiterbildungen medizinische Fachpersonen zu motivieren und zu befähigen, Kurzinterventionen, Triagen und je nach Berufsgruppe Beratungen zur Tabakentwöhnung anzubieten. Die Evidenz, dass sich Aus- und Weiterbildungen zur Tabakentwöhnung insgesamt positiv auf das Interventionsverhalten auswirken, ist eindeutig, wenn auch der gemessene Effekt nicht in allen Studien gross ist (Carson et al. 2013, Cornuz et al. 2002, Twardella und Brenner 2005, Stead et al. 2009). Entsprechende Erkenntnisse aus internationalen Studien werden durch die Ergebnisse der Evaluationen des NRP gestützt. Aus- und Weiterbildungen zum Rauchstopp werden aufgrund der klaren Evidenzlage auch in internationalen Leitlinien und breit abgestützten Studien empfohlen (AWMF 2015, ENSP 2012, Stead et al. 2013).

8.5.7 Rauchstoppberatung in Spitälern

Mit der Einrichtung und dem Unterhalt von Rauchstoppberatungsstellen in Spitälern verfolgt das Nationale Rauchstopp-Programm eine zusätzliche Interventionsachse im Bereich medizinischer Fachpersonen. Diese setzt dort an, wo Patientinnen und Patienten aufgrund erhöhter Vulnerabilität besonders für Aufhörangebote empfänglich sein dürften¹⁶⁹.

Mit dem Projekt Hospital Quit Support (HQS) hat das Nationale Rauchstopp-Programm vor allem eine initiiierende und aufbauende Rolle in Bezug auf die Rauchstoppberatungsstellen und eine qualifizierende Funktion in Bezug auf die Beraterinnen und Berater des Netzwerks. In den Jahren 2006-2014 hat es die spitalbasierte Rauchstoppberatung in über 50 Spitälern mit spezifischen Rauchstoppberatungsstellen initiiert und aufgebaut bzw. mitgeholfen, bereits vorher bestehende zu festigen. Aktuell engagieren sich 46 dieser Beratungsstellen aktiv im HQS-Netzwerk und bieten Rauchstoppberatungen an. Das sind 16% der ca. 290 Spitäler und Kliniken in der Schweiz¹⁷⁰. Im 2015 wurde mit 11 dieser Stellen intensive Leitfadeninterviews zu ihrer Tätigkeit geführt und in 11 Spitälern fanden Aktivitäten rund um den Welttag ohne Tabak und zum Rauchstoppevent statt. In der aktuellen Programmphase sollten sechs zusätzliche Rauchstopp-Beratungsstellen aufgebaut werden (4 davon fertig aufgebaut, 2 im Aufbau), fünf davon sind aktuell über Anstossfinanzierungen im Aufbau begriffen.

Das Qualifizierungsziel, die Vertretung von mind. 60% der Rauchstoppberatungsstellen an den jährlichen Workshops, konnte mehrheitlich erreicht werden. Das Beratungsziel (6'000 Beratungen pro

¹⁶⁹ Oftmals ist das Rauchen Ursache oder erschwerender Faktor bei der Krankheit, die einen Spitalaufenthalt verursacht hat.

¹⁷⁰ Bei dieser Zahl aus dem Jahr 2014 sind Psychiatrien, Rehabilitations- und Spezialkliniken mitgezählt (Quelle: www.bag.admin.ch, direkter [Link](#)).

Jahr) sollte gemäss Hochrechnungen aufgrund von Daten aus rund der Hälfte der Rauchstoppberatungsstellen erreicht worden sein¹⁷¹.

8.5.8 Erreichung von Rauchenden über medizinische Fachpersonen

Rund zwei Drittel der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren sucht innerhalb eines Jahres eine Allgemeinpraktikerin oder einen Allgemeinpraktiker auf¹⁷². Ebenfalls zwei Drittel suchen jährlich eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt auf, etwas mehr als 50% eine Dentalhygienikerin/einen Dentalhygieniker und gegen 40% eine Apotheke (BFS 2014). Damit ist ein grosses Potenzial für die Ansprache von Rauchenden und für weitergehende Rauchstopp-Interventionen gegeben. Tatsächlich geben auch über 80% der Rauchenden an, schon einmal von einer Ärztin/einem Arzt oder in einer zahnmedizinischen Praxis auf ihr Rauchverhalten angesprochen worden zu sein (Krebs et al. 2010). Das Ziel regelmässiger Kurzinterventionen (inkl. Empfehlung von Rauchstopp und Unterstützung) bei allen Rauchenden liegt allerdings noch in weiter Ferne. Wie weiter oben ausgeführt wurde, erfüllen nur rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte und nur 10% der Zahnärztinnen und Zahnärzte die ABC-Kriterien für Kurzinterventionen (vgl. Tab. 28, Seite 98) und dabei sind auch jene mitgezählt, die nicht bei allen Rauchenden, sondern nur bei den Rauchenden mit einem typischen Krankheitsbild intervenieren.

Die Ergebnisse aus Befragungen von Rauchenden unterstützen diesen Befund. Gegen 70% der Rauchenden in der Schweiz haben schon einmal mit der Ärztin oder dem Arzt über das Rauchen gesprochen. Der Hälfte davon wurde geraten, mit dem Rauchen aufzuhören und wieder der Hälfte von diesen wurden Entwöhnungshilfen angeboten (Krebs et al. 2010). Also wurden insgesamt etwas weniger als einem Fünftel¹⁷³ der Rauchenden Entwöhnungshilfen angeboten. Auch die Zahlen des Suchtmonitorings zeigen, dass etwas mehr als der Hälfte der Rauchenden in den letzten 12 Monaten geraten wurde, mit dem Rauchen aufzuhören, bei einem Viertel davon von einer Ärztin/einem Arzt. Eine entsprechende Empfehlung von ärztlicher Seite erhalten jährlich also rund 14% der Rauchenden. 31% der 14- bis 65-jährigen Rauchenden haben schon einmal in einer zahnmedizinischen Praxis über das Rauchen gesprochen. Rauchstopp-Beratung in Apotheken findet zwar grundsätzlich eine hohe Akzeptanz und entspricht einer breiten Erwartungshaltung¹⁷⁴, wurde bisher aber noch eher wenig genutzt. 6% der Rauchenden (und 4% der Ex-Rauchenden) hatten sich schon einmal in einer Apotheke über einen Rauchstopp beraten lassen.

Das Potenzial für Rauchstoppinterventionen durch medizinische Fachpersonen ist also sehr hoch, wenn auch bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Die Ansprache von Rauchenden durch medizinische Fachpersonen macht nicht nur deshalb Sinn, weil fast alle Rauchenden mindestens einmal jährlich in Kontakt mit diesen Fachpersonen sind, sondern weil entsprechendes Intervenieren durch Gesundheitsfachleute grundsätzlich eine hohe Akzeptanz geniesst, weil viele in vulnerablen Situationen besonders empfänglich für entsprechende Ratschläge sein dürften und weil immer mehr medizinische Fachpersonen durch Besuche von Aus- und Weiterbildungskursen zum Rauchstopp über spezifisches Knowhow verfügen.

¹⁷¹ Im 2016 Rückmeldungen von 21 Zentren (47%): 2764 Beratungen. Im 2017 Rückmeldungen von 21 Zentren (41%): 2122 Beratungen.

¹⁷² Eine Ärztin/einen Arzt (inkl. Spezialist/-innen) suchen 71% der Männer und 86% der Frauen auf (BFS 2014)

¹⁷³ Ca. 17%.

¹⁷⁴ 55% der Rauchenden erwarten, dass Apotheken eine Beratung zum Rauchstopp anbieten (Krebs et al. 2010).

8.5.9 Wirksamkeit der Interventionen medizinischer Fachpersonen

Vgl. die Wirkungsziele für die rauchende Bevölkerung sowie die Wirkungsbeziehungen 5-13 und 16

Zur Beurteilung des Wirkungspotenzials von Interventionen durch medizinische Fachpersonen gibt es viele Studien. Die meisten von ihnen untersuchen direkt den Zusammenhang zwischen Intervention und Rauchstopps resp. erfolgreichen Rauchstopps (Wirkungsbeziehung 16); sie untersuchen die verschiedenen Zwischenstufen im Wirkungsmodell (Wirkungsbeziehungen 5-12) nicht explizit.

Medizinische Fachpersonen empfehlen primär evidenzbasierte Aufhörhilfen (Dey & Haug 2016), was die Erfolgswahrscheinlichkeit von Rauchstopps etwa verdoppelt. Die Wirksamkeit sogenannt 'evidenzbasierter Aufhörhilfen' ist, wie es die Bezeichnung vermuten lässt, gut belegt. Die deutlichsten Wirksamkeitsnachweise gibt es für pharmakologische Entwöhnungshilfen, aber auch für Formen der Beratung und Selbsthilfe spricht die Evidenz. Die Kombination verschiedener Aufhörhilfen (z.B. pharmakologische Hilfen kombiniert mit begleitender Beratung, aber auch die Kombination verschiedener Beratungsformen) erhöht die Wirksamkeit noch einmal deutlich (zur Evidenzlage vgl. Kap. 8.4.11, Seite 127f).

Es gibt Studien, welche nicht die Wirksamkeit ärztlicher Interventionen selber, sondern die Wirksamkeit der Schulung von Ärztinnen und Ärzten auf Rauchstopps untersuchen. Diese zeigen, dass entsprechende Schulungen nicht nur die Interventionshäufigkeit von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch die Erfolgswahrscheinlichkeit der Rauchstopps ihrer Patientinnen und Patienten deutlich steigern (verdoppeln) kann (Fiore et al. 2008). Dieser Befund kann aber nicht auf alle medizinischen Fachpersonen übertragen werden. Es ist wahrscheinlich, dass die Einflussmöglichkeiten auf Rauchstopps und deren Erfolg bei anderen Berufsgruppen, z.B. von nicht-ärztlichen Fachpersonen, geringer sind.

Inwiefern medizinische Interventionen die Absicht steigern können, einen Rauchstopp zu machen, kann nicht beurteilt werden. Es gibt allerdings klare Evidenz dafür, dass die konkrete Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, ein Prädiktor für tatsächliche Rauchstoppversuche ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass Rauchende tatsächlich einen Rauchstopp unternehmen, sind rund fünfmal höher bei Personen mit konkreten Plänen für den Rauchstopp im folgenden Monat als bei Personen ohne konkrete Pläne¹⁷⁵ (Borland, Partos et al. 2012), was ein konkretes Potenzial für wirkungsvolle Interventionen durch medizinische Fachpersonen birgt.

8.5.10 Potenzial zur Beeinflussung der Raucherprävalenzen in der Schweiz

Vgl. die Wirkungsbeziehung 17

Der Interventionsansatz über medizinische Fachpersonen ist nur einer von vielen Ansätzen, die sich (potenziell) reduzierend auf die Raucherprävalenzen auswirken. Obwohl die Wirksamkeit von Interventionen von medizinischen Fachpersonen in Einzelstudien gut belegt ist, sind keine Studien dazu bekannt, wie stark Interventionen medizinischer Fachpersonen die Raucherprävalenz in der Gesamtbevölkerung reduzieren können. Deshalb wird für eine entsprechende Einschätzung auf die in diesem Bericht zusammengetragenen Erkenntnisse abgestützt. Die isolierte Betrachtung einzelner Einflussfaktoren vermag der Komplexität von Tabakkonsum resp. Entwöhnungsprozessen allerdings nicht gerecht zu werden. Ein Rauchstopp ist als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels vielfältigster Einflussfaktoren zu verstehen, von denen manche in der Vergangenheit liegen, andere

¹⁷⁵ Es gibt einen grossen 'gap' zwischen dem Wunsch, nicht mehr zu rauchen und der Absicht, konkret etwas gegen das Rauchen zu unternehmen. In der Schweiz geben über die Hälfte der Rauchenden an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen. In den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufhören zu wollen, beabsichtigt aber nur ein Drittel aller Rauchenden und in den nächsten Tagen aufhören zu wollen nur noch 14.5%¹⁷⁵ (Tendenz seit 2011 in allen Bereichen steigend). (Kuendig et al. 2016)

aktuelle Auslöser sind. Die folgenden Zugänge mögen für eine grobe Einschätzung des Wirkungspotenzials von Interventionen medizinischer Fachpersonen dennoch nützliche Anhaltspunkte liefern:

- Fast die Hälfte der Rauchenden erhält innerhalb von 12 Monaten eine Empfehlung, mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa ein Viertel davon erhält eine solche Empfehlung von einem Arzt/einer Ärztin, rund 4% von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin und rund 3% von einer anderen medizinischen Fachperson (diese Prozentzahlen betreffen täglich Rauchende, vgl. Kuendig et al. 2016). Wenn zwischen 10-20 Prozent der Rauchenden jährlich von einer med. Fachperson empfohlen wird, mit dem Rauchen aufzuhören (Kuendig et al 2016), etwa der Hälfte davon empfohlen wird, Unterstützung in Anspruch zu nehmen (Dey & Haug 2016) und etwa ein Viertel davon diese Unterstützung auch in Anspruch nimmt (Dey & Haug 2016), dann sind das etwas weniger als 1.25-2.5% der Rauchenden. Je nach Erfolgsrate der in Anspruch genommenen Unterstützung reduziert sich diese Zahl zusätzlich deutlich¹⁷⁶ und kommt auf unter 1% zu liegen. Wenn man zusätzlich berücksichtigt, dass der Anteil des NRP an Interventionen im medizinischen Setting bei 60-80% liegt (Schätzung der Begleitgruppe der Contribution Analysis), so ergibt sich ein Wirkungspotenzial des NRP im medizinischen Setting von max. 0.5%, d.h. dass das NRP mit seinen Interventionen im medizinischen Setting jährlich maximal 0.5% der Rauchenden in die Rauchfreiheit führt. Dazu müsste allerdings ein nicht bezifferbarer Anteil von Rauchenden hinzugezählt werden, der eine entsprechende Empfehlung von Seite medizinischer Fachpersonen erhalten hat und tatsächlich einen Rauchstopp macht – allerdings ohne entsprechende Unterstützung in Anspruch zu nehmen (zur Über- oder Unterschätzung dieses Wirkungspotenzials siehe nächstes Kapitel).
- Ein anderer Zugang mit ähnlichem Ergebnis: Wenn man davon ausgeht, dass 4% der Rauchenden in der Schweiz pro Jahr rauchfrei werden und max. 10-20% eine entsprechende Empfehlung einer medizinischen Fachperson erhalten haben, und wenn man weiter davon ausgehen würde, dass diese 10-20% tatsächlich aufgrund dieser konkreten Empfehlung rauchfrei würden, würde das entsprechende Potenzial bei jährlichen 0.4-0.8% der Rauchenden liegen.
- Zum Wirkungspotenzial der Interventionen durch medizinische Fachpersonen gilt es weiter zu bedenken, dass die meisten Rauchenden zwar angeben, keine bestimmten Informationsquellen beim letzten Rauchstopp genutzt zu haben, dass wenn Informationsquellen genutzt wurden, diese Informationen zu einem grossen Teil aber von medizinischen Fachpersonen stammen (Ärztinnen und Ärzte werden als häufigste Informationsquelle genannt, z.T. gefolgt von den Apotheker/-innen).

8.5.11 Über- und Unterschätzung des Wirkungspotenzials

Die Hochrechnungen zum Wirkungspotenzial dieses Ansatzes basieren zum Teil auf groben Schätzungen. So wurde beispielsweise der Beitrag des NRP an Interventionen bei medizinischen Fachpersonen von der Begleitgruppe auf 60-80% geschätzt und der Anteil der Rauchenden, welcher empfohlene Unterstützungsangebote tatsächlich in Anspruch nimmt, wurde von den medizinischen Fachpersonen auf durchschnittlich ca. 25% geschätzt (Dey & Haug 2016). Abweichungen dieser Schätzungen von der realen Situation könnten zu einer entsprechenden Über- oder Unterschätzung des Wirkungspotenzials führen, wobei sich das Wirkungspotenzial linear (und nicht z.B. exponentiell) zu einer Korrektur verändern würde.

¹⁷⁶ Fiore et al. 2008 listen in ihrer Übersichtsarbeit, basierend auf systematischen Reviews, die Erfolgsraten verschiedener Entwöhnungshilfen auf, so z.B. für Quitline-Beratung 12.7% (11.3-14.2%, 95% CI), Gruppenberatung 13.9% (11.6-16.1%, 95% CI), Medikamente alleine 23.2%, für Medikamente kombiniert mit Beratung 28.1% (24.5-32%, 95% CI).

Es gibt ergänzend einige Argumente, die für eine Überschätzung des dargelegten Wirkungspotenzials sprechen:

- **Auch ohne Teilnahme rauchfrei:** Ein Teil der Rauchfreien hätte wohl auch ohne Intervention einer medizinischen Fachperson mit dem Rauchen aufgehört.
- **Soziale Erwünschtheit:** Es ist davon auszugehen, dass die med. Fachpersonen ihr Interventionsverhalten (Dey & Haug 2016) und die Rauchenden ihre Rauchstopperfolge (Suchtmonitoring) tendenziell eher zu positiv als zu negativ berichtet haben.

Gleichzeitig gibt es auch Argumente, die für eine Unterschätzung des Gesamtwirkungspotenzials sprechen:

- **Erweiterter Einfluss medizinischer Fachpersonen:** Es dürfte einen grossen Anteil an Personen geben, die mit dem Rauchen aufgehört haben, bei denen die Empfehlung einer medizinischen Fachperson eine wichtige Rolle im Hinblick auf den Rauchstopp gespielt hat, ohne aber dass sie eine konkrete Unterstützung angeboten erhalten hätten oder eine solche dann auch in Anspruch genommen hätten. Leider gibt es keine Hinweise zur Grösse dieses Anteils.
- **Soziale Ansteckung:** Es ist davon auszugehen, dass mithilfe von medizinischen Fachpersonen rauchfrei gewordene Personen auch ihr soziales Umfeld in Richtung Rauchstopp beeinflussen. In dieser Interventionsachse gibt es aber keine entsprechenden Daten zu diesem Sachverhalt.

8.5.12 Gesamtbeurteilung des Interventionsansatzes und Ausblick

Interventionen bei medizinischen Fachpersonen sind vielversprechend, weil damit Rauchende fast flächendeckend erreicht werden können, weil medizinische Fachpersonen mehrheitlich eine positive Einstellung zur Tabakentwöhnung haben und von deren Wirksamkeit überzeugt sind, weil medizinische Fachpersonen hauptsächlich evidenzbasierte Rauchstopphilfen empfehlen und so die Erfolgsrate von Rauchstopps erhöhen und weil Rauchende in vulnerablen Situationen besonders empfänglich für Rauchstoppinterventionen sein dürften und entsprechende Interventionen von medizinischen Fachpersonen auch erwarten.

Das Nationale Rauchstopp-Programm erreicht die ausgewählten medizinischen Fachpersonen regelmässig flächendeckend mit Informationen rund um die Tabakentwöhnung und qualifiziert jährlich einen bedeutenden Teil von ihnen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen, letzteres mit unterschiedlichem Erreichungsgrad je nach Berufsgruppe. Während beispielsweise Ärztinnen und Ärzte gut über Fortbildungskurse erreicht werden können, gelingt dies bei Fachpersonen aus Apotheken bisher noch kaum. Gesamthaft gesehen ist das Nationale Rauchstopp-Programm der bedeutendste Akteur in der Tabakprävention, welcher medizinische Fachpersonen regelmässig über Tabakentwöhnung informiert und entsprechende Qualifizierungsmassnahmen anbietet. Die Begleitgruppe zur Kontributionsanalyse schätzt den Beitrag des Programms auf etwa 60-80% aller Interventionen zum Thema bei diesen medizinischen Fachgruppen.

Rund 80% der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung erfüllen zentrale Kriterien für Kurzinterventionen¹⁷⁷ und legen so eine gute Basis für weitergehende Schritte. Sie fragen alle Patientinnen und Patienten, ob sie rauchen, sie dokumentieren den Rauchstatus bei allen Patient/-innen, sie empfehlen allen Rauchenden, mit dem Rauchen aufzuhören und sie empfehlen mindestens den interessierten Rauchenden, beim Rauchstopp Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Die regelmässige Ansprache von Rauchenden durch medizinische Fachpersonen kann als wichtiger Beitrag zu einer Kultur des Nichtrauchens verstanden werden. Allerdings empfiehlt nur etwa ein Drittel

¹⁷⁷ Gemäss den etablierten neuseeländischen Kriterien für Rauchstopp-Kurzinterventionen ABC (Ask, Brief advice, Cessation support).

der Ärztinnen und Ärzte allen Rauchenden, Unterstützung beim Rauchstopp in Anspruch zu nehmen. Bei den Kardiologinnen und Kardiologen sind die Werte insgesamt noch höher als bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung, bei nicht-ärztlichen Fachpersonen (Herz-Kreislauf und Diabetes) und bei Zahnärztinnen und Zahnärzten sind die Werte deutlich tiefer. Insgesamt betrachtet hat sich das Interventionsverhalten medizinischer Fachpersonen trotz teilweise bereits hohen Werten in den letzten Jahren nochmals verbessert.

Hochrechnungen aufgrund der Evaluationsergebnisse und von statistischen Referenzzahlen lassen schätzen, dass die Interventionen des NRP im medizinischen Setting jährlich rund 2'000 bis 10'000 Rauchende resp. max. 0.5 Prozent der Rauchenden zur Rauchfreiheit führen dürften (vgl. Kap. 8.4.17, es handelt sich dabei um eine grobe Schätzung im Sinne einer ungefähren Grössenordnung). Auf den ersten Blick erscheint dieser Anteil gering. Wenn man aber bedenkt, dass jährlich vier Prozent der Rauchenden in der Schweiz mit dem Rauchen aufhören, ist der Beitrag medizinischer Fachpersonen dazu nicht unerheblich. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass der Einfluss durch Kurzinterventionen medizinischer Fachpersonen grösser ist, als dass sich dies viele Rauchende eingestehen mögen.

Damit Rauchende auch künftig regelmässig von unterschiedlichen medizinischen Fachpersonen auf ihr Rauchverhalten angesprochen werden, ihnen ein Rauchstopp nahegelegt und sie beim Rauchstopp mit evidenzbasierten Aufhörhilfen unterstützt werden, soll dieser Interventionsansatz konsequent weitergeführt werden. Die Begleitgruppe zur Kontributionsanalyse war der Meinung, dass dabei weiterhin mehrere Fachgruppen parallel bearbeitet werden sollen. Die Ansprüche, die an das Interventionsverhalten der verschiedenen Fachgruppen gestellt werden, sollen dabei differenziert herausgearbeitet und transparent gemacht werden, als Basis für die Erarbeitung einer Qualifizierungsstrategie und als Referenz für die Evaluation. Die Begleitgruppe war zudem mehrheitlich der Auffassung, dass sich das Nationale Rauchstopp-Programm auch künftig sowohl in der Aus- als auch in der Fort- und Weiterbildung engagieren soll, auch wenn die Einflussmöglichkeiten bezüglich Verankerung des Themas in der Ausbildung begrenzt sind. Die Gründe, welche medizinische Fachpersonen am Interventionsverhalten hindern (insbesondere fehlende Zeit, fehlendes Interesse der Rauchenden und mangelnde entsprechende Ausbildung), bestärken die Richtung, die das Nationale Rauchstopp-Programm mit dem Fokus Kurzinterventionen und mit darauf aufbauenden weiterführenden Angeboten eingeschlagen hat und geben Hinweise auf Entwicklungspotenzial. Die wissenschaftliche Evidenz legt nahe, die Kombination evidenzbasierter Rauchstopphilfen, insbesondere die Kombination von medikamentöser Behandlung und Beratung zu fördern. Viele Fachpersonen wünschen sich zudem vermehrt Hilfsmittel, die sie in der konkreten Arbeit mit den Patientinnen und Patienten unterstützen.

Die Ergebnisse der Contribution Analysis wurden Ende 2017 im Auftrag des Tabakpräventionsfonds in einem Expertenworkshop¹⁷⁸ reflektiert. Die Workshopteilnehmenden sprachen sich auch bei begrenzten Mitteln mehrheitlich für eine breite Ansprache der Rauchenden aus, gegebenenfalls in Kombination mit der Ansprache von Rauchenden in vulnerablen Situationen. Ziel müsse es sein, dass Kurzinterventionen bei allen Rauchenden zur Routine im Berufsalltag, zum 'daily business' werden; dafür müssen die medizinischen Fachpersonen bereits in der Grundausbildung geschult werden. Die breite Ansprache von Rauchenden soll eine Basis bilden, um in einem zweiten Schritt zusätzlich gezielt besonders vulnerable Personen ansprechen zu können. Ohne die breite Ansprache gehe die Möglichkeit verloren, Rauchende frühzeitig zu erreichen. Rauchende müssten immer wieder von verschiedener Seite auf das Rauchen angesprochen werden, da die Bereitschaft zum Aufhören mit der Anzahl der Ansprachen wachse.

¹⁷⁸ An diesem Workshop waren folgende Institutionen vertreten: Bundesamt für Gesundheit, Universitätskliniken (Lausanne, Zürich, Bern), Kantone (BL, VS), FMH, Krebsliga, Lungenliga, Forum Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen Schweiz (FTGS), Institut für Hausarztmedizin, Apotheke, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention.

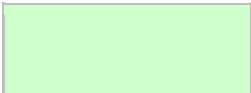
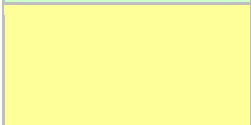
Wenn Rauchstoppinterventionen zum 'daily business' von med. Fachpersonen werden sollen, dann sei es wichtig, dass die Fachpersonen bereits in der Ausbildung geschult würden. Das Thema Rauchstopp solle nicht isoliert in die Ausbildung eingebracht werden, sondern zusammen mit anderen Präventionsthemen, im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes. Auch in der Weiterbildung sei der Zeitpunkt gekommen, Synergien mit anderen Themen vermehrt zu nutzen und Prävention etwas breiter zu denken und neu zu organisieren. Kommunikationsinhalte wie z.B. das 'Motivational Interviewing' betreffen alle Präventionsthemen und könnten als gemeinsame Grundlage gelehrt werden. Ergänzend dazu bräuchte es themenspezifische Vertiefungen (z.B. zu Tabakprävention und Rauchstopp).

Die Workshopteilnehmenden waren der Meinung, dass es bereits genügend gute, evidenzbasierte Grundlagen zum Thema Tabakprävention und Rauchstopp gibt. Es brauche keine Neuentwicklungen, die bestehenden Grundlagen sollen aber regelmässig überprüft und gegebenenfalls aktualisiert und ergänzt werden. Information und Sensibilisierung sollen primär settingspezifisch erfolgen, also sowohl von den Inhalten als auch von den Informationskanälen und Formaten her auf die jeweiligen medizinischen Settings zugeschnitten sein – eine einheitliche Informations- und Sensibilisierungsarbeit zwecks Synergienutzung erscheint nur begrenzt möglich und sinnvoll.

9 Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung

In diesem Kapitel wird die Interventionsachse 'Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung' entlang des Wirkungsmodells beurteilt. Zunächst wird eine grafische Beurteilung der Zielerreichung und der Wirkungsbeziehungen vorgenommen. Das Wirkungsmodell wurde um eine Wirkungsbeziehung ergänzt, zu welcher in der Literatur Evidenzen gefunden wurde (gestrichelter Pfeil). Die Erreichung der Leistungs- und Wirkungsziele sowie die Abstützung der Wirkungsbeziehungen resp. Wirkungsannahmen wurden mit folgender Farbgebung beurteilt:

Beurteilung der Zielerreichung

	Ziel vollständig erreicht Kriterien: Alle Sollwerte in allen Detailzielen erreicht.
	Ziel mehrheitlich erreicht Kriterien: a) Ist-Wert nicht tiefer als 25% unter dem Sollwert b) bei mehreren Detailzielen sind mind. die Hälfte der Detailziele vollständig erreicht und die anderen Detailziele mehrheitlich
	Ziel nicht erreicht Kriterien: a) Ist-Wert um mehr als 25% unterschritten, b) bei mehreren Detailzielen sind mehr als die Hälfte mehrheitlich nicht erreicht (Abweichung grösser als 25%)

Beurteilung der Wirkungsbeziehungen

	Insgesamt starke Evidenz/Hinweise zugunsten der Wirkungsannahme
	Insgesamt schwache Evidenz/Hinweise zugunsten der Wirkungsannahme
	Nicht eindeutige Datenlage, z.B. Hinweise sowohl zugunsten als auch gegen die Wirkungsannahme
	Schwache Evidenz/Hinweise gegen die Wirkungsannahme
	Starke Evidenz/Hinweise gegen die Wirkungsannahme
	Aufgrund fehlender Evidenz/Hinweise ist keine Beurteilung möglich

An das Wirkungsmodell schliesst eine Datensammlung entlang der Leistungsziele, Wirkungsziele und Wirkungsbeziehungen (WB1-WB15) an. Danach folgt eine Synthese mit Hinweisen zur Weiterentwicklung des Interventionsansatzes und der Evaluation.

9.1 Grafische Übersicht über die Beurteilung der Ziele und Wirkungsbeziehungen

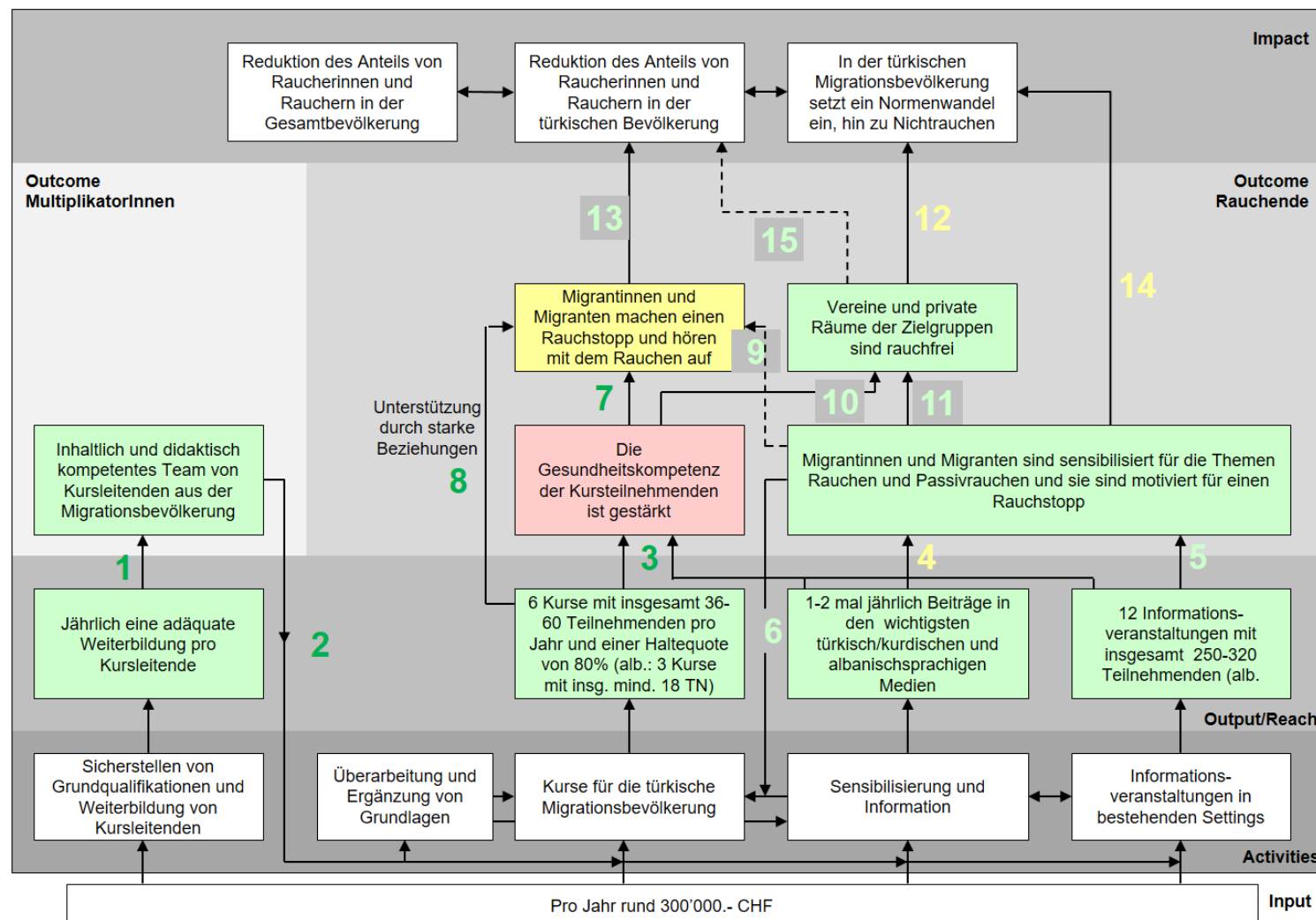


Abb. 12 Beurteiltes Wirkungsmodell 'Tabakprävention und Rauchstoppkurse bei der Migrationsbevölkerung'

9.2 Leistungen und Reichweite (Output und Reach)

Datenquellen zur Beurteilung der Leistungsziele und der Reichweite

- Projektstatistiken, Kursberichte und Einschätzungen der Projektleitung
- Evaluation im Rahmen des NRP: Arnold et al. 2013a
- Studien: Guggisberg et al. 2011, Haab et al. 2010

Massnahmen	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen / Angaben zur Erreichbarkeit (Juli 2014 bis Dezember 2017)
Sicherstellen von Grundqualifikation und Weiterbildung von Kursleitenden	- Die beiden Kursleitenden haben jedes Jahr eine adäquate Weiterbildung besucht	- 2014: 1 Tag Weiterbildung besucht (Frauen und Tabakausstieg) - 2015: Noch immer nur eine Kursleiterin. Im 2015 hat sie keine Weiterbildung besucht, aber an der AT-Tagung teilgenommen und sich im Selbststudium weitergebildet. - 2016: Die Kursleiterin und der neue Kursleiter sowie die beiden Kursleitenden für albanischsprachige Migrant/-innen haben mehrere Weiterbildungstage besucht (1 Tag Tabakschulung (mit AT), 1 Tag Therapieschulung (mit P. Lindinger), 0.5 Tage Motivational Interviewing (mit U. Castra), ½ Tag zum Manual – mit der bisherigen Kursleitenden. Zudem besucht jede/r neue Kursleitende zunächst einen Kurs, führt dann begleitet selber einen durch, bevor er/sie alleine Kurse gibt. - 2017: Das Gesamtteam (türk. & alban.sprachige KursleiterInnen) hat an zwei Weiterbildungen teilgenommen: 1) Thema Nikotin und Einsatz von NRT-Produkten (0.5 Tag (mit Silvia Bächler AT)), 2) Motivational Interviewing in der Rauchstopptherapie (1 Tag (mit Umberto Castra). Zudem hat die alban.sprechende Kursleiterin in 3 Kursabenden des alban.sprechenden Kursleiters hospitiert. Die alban. & türk.sprechenden Kursleiterinnen haben die AT-Tagung besucht. Ab 2017 werden ÄrztInnen (alban.&türk.) am 2. Kursabend hinzugezogen, um die Motivation für den Rauchstopp bei den TN zu steigern. 3 der 4 ÄrztInnen erhielten eine Weiterbildung (1 Tag (Silvia Bächler, AT)), ausser eine türk.sprechende Ärztin, die bereits im Projekt Frau&Herz geschult wurde.
Überarbeiten und Ergänzen von Grundlagen in türkischer Sprache <i>Manuale, Broschüren, Webseite, Videos, Plakate</i>	- keine expliziten Leistungsziele	- 2015: Kleinere Anpassungen im Manual wurden vorgenommen. - 2016: Kürzung des Manuals auf 6 Sessions analog der Kürzung der Krebsligakurse (mit P. Lindinger) - 2017: Das Videomaterial wurde für das alban., noch nicht aber für das türk. Projekt aktualisiert. Für die Vorstellung der IVA und Rauchstoppkurse in Vereinen/ Schlüsselpersonen wurden alle relevanten Informationen in Mappen zusammengestellt. Die gebundenen Mappen werden von den Kursleitenden verteilt.

Massnahmen	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen / Angaben zur Erreichbarkeit (Juli 2014 bis Dezember 2017)
	- keine expliziten Leistungsziele	- Im 2015 wurden Anpassungen entwickelt, die im 2016 teilweise aufgeschaltet wurden, im Rahmen der Integration der Webseite in die AT-Webseite. - 2017: Das Aufschalten und Aktualisieren auf der AT- Website wurde noch nicht vorgenommen. Eine Facebook-Seite wurde für das alban. & türk. Projekt eingerichtet und insbesondere während der Zeit des Rauchstoppwettbewerbs zwischen März-Ende Juli regelmässig bedient (Rauchstoppwettbewerb, interessante Informationen zum Rauchstopp etc.).
Durchführung von Kursen für die türkisch-/kurdische Migrationsbevölkerung inkl. aufsuchende Arbeit zur Rekrutierung der Teilnehmenden	- Pro Jahr sind 6 Kurse in türkischer Sprache mit insgesamt mind. 36-60 Teilnehmenden durchgeführt (Albanischsprachige: 3 Kurse mit mind. 18 TN)	- 2. Hälfte 2014: 2 Kurse mit total 12 TN (11 Frauen, 1 Mann) - 2015: 3 Kurse mit insgesamt 22 TN (18 Frauen, 4 Männer) - 2016: 9 Kurse mit insgesamt 57 TN (31 Frauen, 26 Männer) (Alban: 3 Kurse mit insgesamt 22 TN (14 Frauen, 8 Männer)) - 2017: 5 Kurse mit insgesamt 33 TN (12 Frauen, 21 Männer) (Alban: 3 Kurse mit 22 TN)
Sensibilisierung und Information Medienarbeit, Verbreitung von Grundlagen	- 80% der Kursteilnehmenden nehmen an 8-9 Abenden (ab 2017 6 Abende) während der rund 2 Monate Kursdauer teil (Haltequote) - 1-2 Mal jährlich erscheinen Hinweise oder redaktionelle Beiträge in den wichtigsten türkischen und kurdischen Medien in der Schweiz	Es gibt eine Übersichtsliste zu den Beiträgen mit Kopien der einzelnen Texte: - 2014: Eine Medienkampagne (türkisch-sprachig) in 5 Print- und Internetmedien - 2015: 3 redaktionelle Medienberichte zu den Rauchstoppkursen in türkischen und kurdischen internet- und Printmedien - 2016: Eine Medienkampagne mit 3 redaktionellen Beiträgen in 3 Print- und Internetmedien (Post, Merhaba, Haber Podium). Ein weiterer Artikel und monatliche Inserate zu Tiryaki Kukla in der türkisch-sprachigen Zeitschrift Haber Podium. Viele weitere Informationsaktivitäten. - 2017: Monatliche Inserate zu Tiryaki Kukla in der türkisch-sprachigen Zeitschrift Haber Podium. Medienwelle mit Artikeln in 2 Online- und Printmedien (Post, Merhaba) und 1 TV-Interview zum Rauchstoppwettbewerb anfangs Mai. Im Herbst 3 Artikel zur Gewinnerin des Rauchstoppwettbewerbs, zur Rauchstopplinie und zu Rauchstoppkursen (Haber Podium, Post). Viele weitere Informationsaktivitäten.

Massnahmen	Leistungsziele / Ziele zur Erreichbarkeit	Erbrachte Leistungen / Angaben zur Erreichbarkeit (Juli 2014 bis Dezember 2017)
Durchführung von Informationsveranstaltungen für Migrantinnen und Migranten in bestehenden Settings <i>inkl. aufsuchende Arbeit zur Rekrutierung der Teilnehmenden. Verbreitung von Grundlagen</i>	- Pro Jahr werden 12 Informationsveranstaltungen in türkisch-/kurdischen Vereinen oder Gruppierungen mit insgesamt 250-320 Teilnehmenden durchgeführt.	- Mitte 2014-Ende 2017: 47 Infoveranstaltungen mit 1'958 Teilnehmenden - Zum Vergleich: März 2010-Dez. 2012: 100 Veranstaltungen mit insgesamt 2776 TN (inkl. Veranstaltungen für Kurs-TN).
	- Ab 2016 zusätzlich 6 (ab 2017 9) Infoveranstaltungen für Albanischsprachige	- 2016: 7 Informationsveranstaltungen mit 82 Teilnehmenden - 2017: 13 Informationsveranstaltungen mit 233 Teilnehmenden

Tab. 38 Leistungen und Reichweite Projekt türkische Migrationsbevölkerung

Ergänzende Erkenntnisse

- Die Kurse sprechen auch Rauchende mit Schwierigkeiten an: Es sind weiterhin viele vulnerable und stark rauchende Teilnehmende in den Kursen. (Kursberichte, Einschätzung der Projektleitung)
- Obwohl die Raucherprävalenz der türkisch/kurdischen Männer (55.2%) um einiges höher ist als jene der Frauen (29.5%)¹⁷⁹, wurden auch zwischen 2014-2017 mit den Kursen wieder etwas mehr Frauen als Männer erreicht (77 vs. 60). Die Zahlen der Vorjahre zeigen aber, dass die Frauen in den Kursen auch früher überrepräsentiert waren. Gründe dafür dürften u.a. in der unterschiedlichen Sozialisation der beiden Geschlechter liegen (türkische Männer haben gemäss Einschätzung der Projektleitung eher Mühe, sich in Gruppen über Persönliches auszutauschen als türkische Frauen).
- In der Akquisitionsarbeit im Hinblick auf die Durchführung von Veranstaltungen und Kursen werden verschiedene Strategien genutzt (Zugang über Vereine, andere Präventionsprojekte, Zusammenarbeit mit kant. Tabakpräventionsprogrammen etc.). Die Akquisition über Vereine der Migrationsbevölkerung hat sich dabei als der mit Abstand erfolgreichste Kanal erwiesen. (Einschätzung der Projektleitung)

Hochrechnungen zur Erreichbarkeit der türkischen Migrationsbevölkerung

- Im Jahr 2010 lebten rund 120'000 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in der Schweiz, davon dürften schätzungsweise rund 83'000 über 20 Jahre alt sein, wohl etwas mehr als 90'000 über 15 Jahre alt.¹⁸⁰ (Haab et al. 2010, 47f)
- Auf dieser Grundlage und davon ausgehend, dass 46% der türkischen Migrationsbevölkerung Frauen und 54% Männer sind, kann mithilfe der Raucherprävalenzraten (29.5% bei den Frauen und 55.2% bei den Männern mit türkischem Hintergrund (Guggisberg et al. 2011, GMM II, allerdings Alter: 17-74 Jahre) errechnet werden, dass es rund 40'000 Rauchende mit türkischem Migrationshintergrund in der Schweiz geben dürfte.
- Obwohl es sich bei den hier betrachteten Interventionen um einen aufwändigen aufsuchenden Ansatz handelt, konnten seit 2010 rund 6.9% dieser Personen direkt mit Rauchstopp-Veranstaltungen (und z.T. mit Kursen) erreicht werden (von den rund 4'820 Teilnehmenden dürften etwa die Hälfte Rauchende sein) (Arnold et al. 2013a).

¹⁷⁹ Guggisberg et al. 2011.

¹⁸⁰ Etwa 70% der 75'000 Türiinnen und Türken (türkische Staatsbürgerschaft) in der Schweiz sind älter als 20 Jahre (52'000 Personen, zusammengesetzt aus rund 46'600 der in der Schweiz geborenen und 5'370 der in der Türkei geborenen ab 20 Jahren). Wenn angenommen wird, dass auch von den Schweizerinnen und Schweizern mit türkischem Hintergrund rund 70% älter als 20 Jahre alt sind (dazu gibt es keine genaue Zahl), dann wären dies nochmals ca. 31'500 Personen. (Haab et al. 2010)

Fazit

- Im 2014 und 2015 haben im Vergleich zu früheren Jahren deutlich weniger Veranstaltungen und Kurse stattgefunden und entsprechend konnten nur relativ wenige Personen erreicht werden. Gründe dafür waren einerseits die schwierige politische Situation in der Türkei, andererseits mag auch die Unterbesetzung im Team eine Rolle gespielt haben. Die Leistungsziele für diese Programmphase sind wegen den Kürzungen aber auch tiefer angesetzt als in den Vorjahren. In den Jahren 2016 und 2017, nach kurzfristiger Beruhigung der politischen Situation und nach dem Einstellen des zusätzlichen türkischen Kursleitenden, hat sich die Anzahl Veranstaltungen und Kurse und die damit erreichten Migrantinnen und Migranten deutlich erhöht.
- Insgesamt wurden in den dreieinhalb Jahren von Mitte 2014 bis Ende 2017 67 Veranstaltungen mit insgesamt 2'273 Personen durchgeführt. Die jährlichen Leistungsziele (12 Veranstaltungen mit 250-320 Teilnehmenden für türkisch-kurdisch-Sprachige und 6 (2016) resp. 9 (2017) Veranstaltungen für albanisch-Sprachige) wurden damit im Durchschnitt deutlich übertroffen.
- Von Mitte 2014 bis Ende 2017 wurden insgesamt 25 Kurse mit total 168 Teilnehmenden durchgeführt, die *jährlichen* Leistungsziele (6 Kurse mit 36-60 Teilnehmenden für türkisch-kurdisch Sprachige und 3 Kurse mit 18 Teilnehmenden für Albanisch-Sprachige) wurden erreicht. Obwohl in der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung deutlich mehr Männer als Frauen rauchen, sind die Frauen in den Rauchstoppkursen zahlreicher.
- Obwohl es sich hier um einen sehr aufwändigen, aufsuchenden Interventionsansatz handelt, konnten seit 2010 rund 7% der türkisch-kurdischen Rauchenden mit Rauchstopp-Veranstaltungen und/oder Kursen erreicht werden.¹⁸¹

9.3 Erreichen der Wirkungsziele (Outcome)**9.3.1 Inhaltlich und didaktisch kompetentes Team von Kursleitenden aus der Migrationsbevölkerung****Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung**

- Einschätzung der Programmleitung

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (Stand Dezember 2017)
Inhaltlich und didaktisch kompetentes Team von Kursleitenden aus der Migrationsbevölkerung	- Ein gemischtgeschlechtliches Zweierteam als Kursleitende für die türkisch-/kurdische Migrationsbevölkerung.	- Das Team besteht aus einer langjährig erfahrenen Kursleiterin und einem neu eingestellten Kursleiter. - In der ersten Programmperiode (2014-2015) war die Kursleiterin alleine, da lange kein Ersatz für den ausgeschiedenen Kursleiter gefunden werden konnte. - Im albanischen Projekt konnte ein gemischtgeschlechtliches Zweierteam aufgestellt werden. Der Kursleiter ist stark vernetzt, die Kursleiterin ist weniger vernetzt, hat jedoch auch beim Projekt Frau & Herz der Schweizerischen Herzstiftung mitgewirkt.

Tab. 39 Kursleitendenteam

¹⁸¹ 2'783 Rauchende an Infoveranstaltungen (gesamt 4'820) + 373 in Kursen.

Weitere Erkenntnisse

- Es ist wichtig, dass erstens zwei Personen für diese Aufgabe zur Verfügung stehen (Vertretungen in Krankheitsfällen) und dass es Personen unterschiedlichen Geschlechts sind (für Männer in Moscheen, für reine Frauengruppen etc.).
- Der neue Kursleiter hat Kommunikation studiert und ist sehr an Integrationsfragen interessiert. Er hat zusammen mit den anderen Kursleitenden dreieinhalb Tage Weiterbildung zum Erwerb spezifischer Kompetenzen besucht (Schulungen zu Tabak, zu Therapien, zu Motivational Interviewing/MI, zum Manual) und wurde sorgfältig (u.a. mittels gegenseitiger Hospitationen) in die konkrete Arbeit eingeführt.

Fazit

- Nach einer längeren Vakanz ist das Team seit Anfang 2016 wieder zu zweit und voll einsatzfähig, wie sich an den eindrucklichen Leistungszahlen ablesen lässt.
- Mit Emine Sariaslan ist eine langjährige, erfahrene und gut qualifizierte Person im Team. Sie bringt eine Grundausbildung in Sozialer Arbeit und Suchtberatung mit. Der neue Kursleiter, Aydin Yildirim, kommt aus dem Bereich der Kommunikation. Er hat die zu Beginn seiner Arbeit für das Projekt zusammen mit den anderen Kursleitenden mehrere Weiterbildungstage besucht (Tabakprävention, Therapieansätze, Motivational Interviewing, Arbeit mit dem Manual) und er wurde mittels gegenseitiger Hospitationen an die Durchführung von Veranstaltungen und Kursen herangeführt.

9.3.2 Migrantinnen und Migranten sind sensibilisiert für die Themen Rauchen und Passivrauchen und sie sind motiviert für einen Rauchstopp

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Projektstatistik
- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (Stand Dezember 2017)
Migrantinnen und Migranten sind sensibilisiert für die Themen Rauchen und Passivrauchen und sie sind motiviert für einen Rauchstopp.	- 6 Kurse jährlich mit 36-60 TN (türkisch-kurdisch) resp. 3 Kurse mit mind. 18 TN (albanisch-sprachig)¹⁸²	- Von Mitte 2014-Ende 2017 19 Kurse mit insgesamt 124 türkisch-kurdischen Teilnehmenden resp. von 2016-2017 6 Kurse mit 44 albanisch-sprachigen Teilnehmenden

Tab. 40 Sensibilisierung Migrantinnen und Migranten

Fazit

- Als Indikator für die Sensibilisierung wird die Anzahl Kursteilnehmenden verwendet. Die entsprechenden Sollwerte wurden erfüllt.

¹⁸² Das ursprüngliche, später aber angepasste, weil missverständliche, Ziel lautete: Pro 2 Informationsveranstaltungen entsteht ein Kurs zum Rauchstopp.

9.3.3 Die Gesundheitskompetenz der Kursteilnehmenden wird durch die Informationsvermittlung zu Schädlichkeit und Abhängigkeit des Rauchens gestärkt

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Projektstatistik
- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013b (Evaluation Rauchstoppkurse 2012), Zusatzauswertungen des ISGF 2016

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (Stand Dezember 2017)
Die Gesundheitskompetenz der Kursteilnehmenden wird durch die Informationsvermittlung zu Schädlichkeit und Abhängigkeit des Rauchens gestärkt	- mind. 85% der Kursteilnehmenden können am Ende des Kurses die wichtigsten Inhaltsstoffe der Zigaretten und deren Auswirkungen auf den Körper nennen	- 45% der noch Rauchenden und 48.8% der NichtraucherInnen können alle 3 abgefragten Inhaltsstoffe richtig erkennen, weitere 10% Rauchende und 4.9% NichtraucherInnen zwei davon. - 48.8% der noch Rauchenden und 51.2% der NichtraucherInnen geben alle drei gesundheitlichen Auswirkungen richtig an, weitere 15% der Rauchenden und 22% der NichtraucherInnen zwei davon. - (Ergebnisse aus den Kursen Mitte 2014 bis Ende 2017, Kurse 41-59) - Alban. Projekt: 52% der noch Rauchenden und 35.7% der NichtraucherInnen können alle 3 abgefragten Inhaltsstoffe richtig erkennen, weitere 17.4% Rauchende und 7.1% NichtraucherInnen zwei davon. - 21.7% der noch Rauchenden und 28.6% der NichtraucherInnen geben alle drei gesundheitlichen Auswirkungen richtig an, weitere 17.4% der Rauchenden und 7.1% der NichtraucherInnen zwei davon.
	- mind. 85% der Kursteilnehmenden können am Ende des Kurses drei persönliche Alternativen zum Rauchen aufzählen, die sie bei Verlangen nach einer Zigarette anwenden können	- die Datenerhebungen zu diesem Ziel wurden vom ISGF nicht durchgeführt
	- Steigerung der interaktiven Gesundheitskompetenz	- Ergebnisse der Kursevaluation aus dem 2012 bestätigen die Zunahme der interaktiven und funktionalen Gesundheitskompetenzen (Arnold et al. 2013b) - die Kursleitenden hatten im 2017 durchgehend berichtet, dass die Teilnehmenden eine erhöhte Gesundheitskompetenz am Ende des Kurses aufwiesen.

Tab. 41 Gesundheitskompetenz Kursleitende

Weitere Erkenntnisse

- Einstellungsveränderungen: Die Teilnehmenden empfanden gemäss einer Auswertung aus dem Jahr 2016 drei Monate nach dem Kurs das Rauchen weniger als Anzeichen für eine moderne Einstellung. In den restlichen Einstellungsvariablen gab es keine signifikanten Veränderungen (bei den anderen abgefragten Einstellungen: 'Rauchen hinterlässt einen unangenehmen Geruch', 'Rauchen lässt die Haut altern', 'Rauchen schadet der Gesundheit anderer Leute', 'Zustimmung zu generellem Rauchverbot in öffentlichen Plätzen' waren die Zustimmungswerte bereits vor dem Kurs sehr hoch). (Zusatzauswertungen 2016 des ISGF).

- Die Evaluation der Rauchstoppkurse 2012 beschreibt eine Verbesserung der interaktiven und funktionalen Gesundheitskompetenzen der Kursteilnehmenden.¹⁸³ (Arnold et al. 2013b, 9ff und 20)

Fazit

- Bei strenger Bewertung (jeweils alle 3 Inhaltsstoffe resp. Gesundheitsfolgen richtig erkannt, Missings wurden als nicht richtig bewertet) konnten die Wissensziele nicht erreicht werden, der Anteil der Teilnehmenden, die alle Fragen richtig beantwortet haben, ist deutlich tiefer als der angestrebte Zielwert. Wenn aber weniger streng bewertet würde (2 statt 3 richtig Erkannte genügen), dann wären die Zielwerte beinahe erreicht.
- In der Evaluation 2012 konnte mittels qualitativen Ansätzen gezeigt werden, dass mit den Kursen die interaktiven und funktionalen Gesundheitskompetenzen gestärkt werden können.

9.3.4 Die Kursteilnehmenden hören mit dem Rauchen auf

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013, CO₂-Messungen während dem Kurs und Befragungen danach.
- Einschätzungen der Projektleitung

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (Juli 2014-Dezember 2017)
Die Kursteilnehmenden hören mit dem Rauchen auf	- 60% der Kursteilnehmenden machen einen Rauchstoppversuch (per Definition mind. 1 Tag)	- 2014: 92% (11 von 12 TN) - 2015: 74% (17 von 23 TN) - 2016: 68% (39 von 57) (Alban: 54.5% (12 von 22)) - 2017: 73% (24 von 33) (Alban Kurs 003+005: 87.5% (14 von 16)) - Durchschnitt über alle Kurse: 71%
	- 50% der Personen, die den Kurs bis zum Schluss besucht haben, sind 3-4 Monate nach dem Kurs-Rauchstopptag rauchfrei	- 2014: 17% (2 von 12 TN) - 2015: 41% (9 von 22 TN) - 2016: 30% (16 von 54 TN, 3 TN nicht erreicht) (Alban: 33.3% (7 von 21, 3 TN nicht erreicht)) - 2017: 44% (14 von 32, 1 TN nicht erreicht (Alban: 36% (8 von 22 TN)) - Durchschnitt über alle Kurse: 35% - Zum Vergleich: 2012: 63.5%, 2011: 72.7%, 2010: 65.2%, Pilot 2008: 47.5%
	- 40% der Personen, die den Kurs bis zum Schluss besucht haben, sind ein Jahr nach dem Kurs-Rauchstopptag rauchfrei	- 2014: 25% (3 von 12 TN) - 2015: 30% (7 von 23 TN) - 2016: 46% (25 von 54 TN) (Alban: 31.8% (7 von 22 TN, 2 nicht erreicht)) - Durchschnitt über alle bis dahin auswertbaren Kurse: 37.8% - 2017: Die Follow Up-Befragungen können erst ab 2018 durchgeführt werden.

Tab. 42 Rauchstopps Kursteilnehmende

¹⁸³ Zusammenfassend: „Die berichteten Ergebnisse geben überdies Grund zur Annahme, dass auch das Ziel der Förderung von health literacy erreicht wurde. Bei den Teilnehmenden scheint in der Regel ein Prozess der Verantwortungsübernahme in Gang gekommen zu sein und sie konnten neues Wissen erwerben, bestehende Annahmen korrigieren sowie neue Verknüpfungen herstellen.“ sowie „Bezüglich der Einstellungen zum Rauchen zeigt sich bei T2 eine im Vergleich zu T1 deutlich kritischere Haltung.“ (Arnold et al. 2013b, 20)

Weitere Erkenntnisse

- Zum Vergleich: In den Rauchstoppkursen des Jahres 2012 lag die Rauchstopprate nach einem Jahr deutlich höher, bei 56.8%. (Arnold et al. 2013b)
- Es ist nicht klar, weshalb die Erfolgsraten in Bezug auf längere Rauchstopps in den Kursen dieser Programmphase tiefer als in der letzten Programmphase sind. Es könnte sein, dass durch die besuchten Weiterbildungen, die eher individuumszentriert und weniger auf die unterstützenden Effekte der Gruppe ausgerichtet waren, die Kurse zunehmend individueller ausgerichtet sind und Gruppendynamiken vernachlässigen (Einschätzung der Projektleitung).

Fazit

- Von Mitte 2014 bis Ende 2017 wurden insgesamt 25 Kurse mit total 168 Teilnehmenden durchgeführt.
- Durchschnittlich haben rund 70% einen Rauchstoppversuch von mindestens einem Tag unternommen (Zielwert: 60%). Nach drei bis vier Monaten waren durchschnittlich rund 35% der Kursteilnehmenden rauchfrei (Zielwert: 50%) und nach einem Jahr rund 38% (Zielwert 40%). Die Kurse aus dem 2017 konnten noch nicht in die letzte Auswertung miteinbezogen werden.
- Zum Vergleich: In den Rauchstoppkursen 2012 lag die Rauchstopprate nach einem Jahr bei sehr hohen 56.8%. (Arnold et al. 2013b)

9.3.5 Vereinslokale und private Räume der Zielgruppe sind rauchfrei.

Datenquellen zur Beurteilung der Zielerreichung

- Projektstatistik
- Gmel et al. 2013 (Suchtmonitoring 2013)

Wirkungsziel	Detailziele	Ergebnisse (Stand Dezember 2017)
Vereinslokale und private Räume der Zielgruppe sind rauchfrei	- 90% der Vereine haben rauchfreie Räume	- Die Lokale aller Vereine, mit denen die Kursleitenden in den Jahren 2015 und 2016 in Kontakt standen, sind rauchfrei (Projektstatistik) - Hinweis: Die Rauchfreiheit in den Vereinslokalen wird in den Veranstaltungen, die oft in Vereinslokalen stattfinden, thematisiert und mit Zertifikat belegt.
	- 50% der Wohnungen und 50% der Autos der Kursteilnehmenden sind rauchfrei	- Mitte 2014- 2017 (Kurs 41-59): 90.5% der Befragten Kursteilnehmenden rauchen bei T2 im Wohnzimmer nie, 97.6% im Schlafzimmer nie, 98.4% im Kinderzimmer nie, 93.7% in Bad/Toilette nie, 55.9% in der Küche nie. 66.1% rauchen häufig auf dem Balkon, im Garten, auf der Terrasse. Im Vergleich mit vor dem Kurs zeigen sich signifikante Zunahmen des Nie-Rauchens beim Schlafzimmer und Wohnzimmer. 47.2 Prozent der Wohnungen sind zu T2 insgesamt rauchfrei, wobei von 8 TN (6.3%) die Information dazu fehlt. Die Anzahl rauchfreier Wohnungen bewegt sich im Rahmen zw. 47.2-53.5%. (Alban: 94.6% der Befragten rauchen bei T2 im Wohnzimmer nie, 100% im Schlaf- und Kinderzimmer nie, 94.6% in Bad/Toilette nie, 87.5% in der Küche nie. 75% der Wohnungen sind zu T2 komplett rauchfrei, wobei von 3 TN (7.5%) die Information fehlt. Zu T1 sind 52.5% der Wohnungen komplett rauchfrei, Es ist eine Zunahme in der Anzahl rauchfreier Wohnungen nach dem Kurs zu verzeichnen, die jedoch statistisch nicht signifikant ist.) - 40 von 70 TN (57.1%) der Befragten, die zu T2 angeben, ein Auto zu besitzen, geben gleichzeitig an, im Auto nie darin zu rauchen. Zu T1 waren es noch 28.8% (15 von 52 TN). Zu T1 fehlen die kompletten Angaben von 33 TN (26%), zu T2 von 22 TN (17.3%). (Alban: 12 von 26 TN (46.2%) der Befragten, die zu T2 angeben, ein Auto zu besitzen, geben gleichzeitig an, im Auto nie zu rauchen. Zu T1 waren es noch

		16.7% (3 von 18 TN). Lediglich 1 Person beantwortete die Frage zu T1 nicht und 3 zu T2)
--	--	---

Tab. 43 Rauchfreiheit von Vereinslokalen und privaten Räumen

Weitere Erkenntnisse und Hinweise

- Zum Vergleich: bei 92% der Bevölkerung (nicht nur Rauchende) ist Rauchen daheim verboten (in 14% gibt es Ausnahmen), laut Suchtmonitoring 2013 rauchen rund drei Viertel der Rauchenden daheim nicht. (Gmel et al. 2013)
- Seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes zum Schutz vor Passivrauchen (2010) müssen geschlossene Räume rauchfrei sein, wenn sie öffentlich zugänglich sind. Vereinslokale sind entsprechend weitgehend rauchfrei geworden, was auch durch Beobachtungen vor Ort gestützt wird.
- Wohnungen (und Autos) sind schwieriger rauchfrei zu halten. Bei Wohnungen ohne Balkon ist die Umsetzung zusätzlich erschwert. (zu Wohnungen: Arnold et al. 2013a)

Fazit

- Das Ziel rauchfreier Vereinslokale ist (auch) dank gesetzgeberischer Hilfe erreicht. Seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes zum Schutz vor Passivrauchen (2010) müssen geschlossene Räume rauchfrei sein, wenn sie öffentlich zugänglich sind. Die Rauchfreiheit der Vereinslokale wird durch die Beobachtungen vor Ort bestätigt.
- Das Ziel zu den rauchfreien privaten Räumen und rauchfreien Autos ist im Durchschnitt erreicht (bei den türkisch-kurdisch-Sprachigen leicht übertroffen, bei den albanisch-Sprachigen leicht zu tief, wobei die Fallzahlen recht klein sind).

9.4 Beurteilung der Wirkungszusammenhänge

9.4.1 WB 1: Einfluss der Weiterbildungen auf die Kompetenzen der Kursleitenden

Annahmen

- Eine intensive, individuell angepasste Grundqualifikation (Einarbeiten, einen Kurs mitmachen, einen Kurs begleitet durchführen) und eine jährliche Weiterbildung reichen aus, um ein kompetentes Rauchstoppkurs-Leitungsteam (Fachspezialist/-innen) aufrechtzuerhalten.
- Ausgebildete bleiben über mind. 3 Jahre als Rauchstoppkurs-Leitende im Projekt.

Risiken

- Durch Wechsel im Rauchstoppkurs-Leitungsteam gehen wichtige Kompetenzen verloren, die durch eine jährliche Weiterbildung nicht aufgefangen werden können.

Mögliche alternative Erklärungen

- Die Kursleitenden qualifizieren sich auf andere Weise.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluationsbericht Tiryaki Kukla)
- Projektstatistik: Statusberichte 2010-2015
- Beurteilung der Programm- und Projektleitung

Erkenntnisse

- Nach bisherigen Erfahrungswerten ist die Schulung adäquat. Beurteilung durch die Projektleitung, basierend auf Projektstatistiken, dem Evaluationsbericht (Arnold et al. 2013a) und Auswertungsgesprächen mit den Projektleitenden [+, eher schwach]
- Die 78% der noch rauchenden und 92% der nicht mehr rauchenden Kursteilnehmenden würden den Kurs ganz sicher weiterempfehlen, weitere 13% resp. 5% wahrscheinlich. (Alban: 91.3% der noch Rauchenden und 100% der Nichtraucher würden den Kurs ganz sicher weiterempfehlen) (Auswertung des ISGF Ende 2017)

- Aus den Kursen 2012 gibt es Teilnehmendenfeedbacks, die in die Evaluation eingeflossen sind. Die Zusammenfassung dieser Feedbacks ist sehr positiv.¹⁸⁴ (Arnold et al. 2013b) [+, eher schwach (sehr kurze Zusammenfassung, projektintern ausgewertet)]

Fazit

- Aufgrund der Einschätzungen der Projektleitung reichen eine Grundqualifikation sowie eine jährliche Weiterbildung bei den Kursleitenden aus, um die für die Durchführung von Veranstaltungen und Kursen erforderlichen Kompetenzen zu erlangen und zu erhalten.
- Das Ziel, dass Kursleitende dem Projekt 3 Jahre lang erhalten bleiben, konnte bei den ersten beiden Kursleitenden im Projekt erreicht werden (E. Sariaslan ist seit 2010 bei Tiryaki Kukla).

9.4.2 WB 2: Einfluss der Kursleitenden auf die Veranstaltungen und Kurse

Annahmen

- Kompetente Kursleitende ermöglichen es, gute Grundlagen-, Informations- und Sensibilisierungsarbeit zu machen sowie gute Veranstaltungen und Kurse durchzuführen.

Risiken

- Mangels zeitlicher Ressourcen oder schlechter Infrastruktur gelingt es trotz kompetenten Kursleitenden nicht, gute Veranstaltungen oder Kurse durchzuführen.
- Es kommen keine, oder nur wenige Kurse zustande, weil sich die Akquisition von Teilnehmenden als schwieriger erweist als erwartet.

Mögliche alternative Erklärungen

- Keine, da keine anderen Personen Informations- und Sensibilisierungsarbeit sowie Veranstaltungen und Kurse im Rahmen des Projekts durchführen.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistiken und Einschätzungen der Projektleitung
- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013 (Evaluation Tiryaki Kukla), Zwischenauswertungen des ISGF (Okt. 2016)

Erkenntnisse

- Die bescheidene Anzahl an durchgeführten Veranstaltungen und Kursen im Jahr 2015 dürfte auf die schwierige politische Situation in der Türkei sowie auf die Unterbesetzung des Leitungsteams (eine statt zwei Personen) zurück zu führen gewesen sein. (Einschätzung der Projektleitung) Mit der Neubesetzung der zweiten Stelle sind die Veranstaltungs- und Kurszahlen und die damit erreichten Teilnehmenden stark angestiegen. (Projektstatistik)
- Die Rauchstoppkurse aus dem 2012 werden von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet.¹⁸⁵ (Arnold et al. 2013b) [+, eher stark] Auch die Rückmeldungen aus den Interviews zeigen eine hohe Zufriedenheit der Befragten mit den Veranstaltungen. (Arnold et al. 2013a) [+, eher schwach (nur wenige Interviews, die Interviewten konnten z.T. nicht einschätzen, wie die Community das Projekt resp. die Veranstaltungen beurteilt)]
- Bei Vollbesetzung können die Leistungsziele zu den Kursen und Veranstaltungen gut erreicht werden. (Projektstatistik) [+, stark]
- Die Haltequote in den Kursen ist mit 68-100% (je nach Kurs) sehr hoch (Projektstatistik) [+, eher stark]

¹⁸⁴ „Die mündlichen Rückmeldungen der Teilnehmenden im Rahmen des Kursabschlusses (gemäss Kursformulare) fallen ebenfalls sehr positiv aus. Der Kurs wurde in allen Gruppen als sehr hilfreich, informativ und nützlich charakterisiert. Die Teilnehmenden schätzten speziell auch die Bereitschaft der Kursleitenden, für weitere Fragen beratend zur Verfügung zu stehen, und würden den Kurs weiterempfehlen.“ (Arnold et al. 2013b, 11)

¹⁸⁵ „Alle Teilnehmenden sind insgesamt mit dem Kurs zufrieden, die grosse Mehrheit (86.5%) ist gar „sehr zufrieden“. Ebenso würden alle Teilnehmenden den Kurs weiterempfehlen, die allermeisten davon „ganz sicher“ (97.3%)“ (Arnold et al. 2013b, 18)

- Die 78% der noch rauchenden und 92% der nicht mehr rauchenden Kursteilnehmenden würden den Kurs ganz sicher weiterempfehlen, weitere 13% resp. 5% wahrscheinlich. (Alban: 91.3% der noch Rauchenden und 100% der Nichtraucher würden den Kurs ganz sicher weiterempfehlen) (Zwischenauswertung ISGF)
- Die politische Situation in der Türkei erschwerte die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen (und auch Kursen). (Einschätzung der Projektleitung)
- Inwiefern das Nichterreichen der Akquisitionsrate von Kursen aus Informationsveranstaltungen sowie das voraussichtliche Nichterreichen der Erfolgsquote in den Kursen (bezüglich Rauchfreiheit) durch die Kursleitenden mitverantwortet wird, kann nicht beurteilt werden.

Fazit

- Der Einfluss der Kompetenzen der Kursleitenden auf die Durchführung und den Erfolg von Informationsveranstaltungen und Rauchstoppkursen kann nicht beurteilt werden.
- Die verfügbaren Rückmeldungen aus früheren Jahren, die hohen Haltequoten in den Kursen sowie der hohe Anteil der Personen, die den Kurs ganz sicher weiterempfehlen würden, weisen aber darauf hin, dass die Veranstaltungen und Kurse sehr geschätzt wurden.

9.4.3 WB 3: Einfluss der Kurse, der Informationsveranstaltungen und der Medienarbeit auf die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden

Annahmen

- Mit den Rauchstoppkursen, den Informationsveranstaltungen und der Medienarbeit gelingt es, die gewünschten Gesundheitskompetenzen zu stärken.
- Durch die Intensität der Kurse gelingt ein Wechsel vom passiv-rezeptiven Lernen (mit Hauptverantwortung beim Kursleitenden) zu einem aktiven selbstverantwortlichen Lernen. Dadurch gelingt der Aufbau und die Verfestigung von Gesundheitskompetenzen.

Risiken

- Reduzierte Teilnahme an den Kursen (Dropouts, Abwesenheiten, zu spät kommen etc.), ungenügende Qualität der Kurse, Teilnehmende mit z.T. komplexen Belastungssituationen, wenigen eigenen Ressourcen und vielen anderen Beratungsbedürfnissen.

Mögliche alternative Erklärungen

- Individuelle Rauchstoppberatungen (Arzt, Rauchstopplinie).

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluation Tiryaki Kukla), Arnold et al. 2013b (Evaluation Rauchstoppkurse 2012)
- Einschätzungen der Projektleitung

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Die Evaluation der Rauchstoppkurse 2012 beschreibt eine Verbesserung der interaktiven und funktionalen Gesundheitskompetenzen durch die Kurse.¹⁸⁶ (Arnold et al. 2013b, 9ff und 20) [+, moderat]
- Die Evaluation Tiryaki Kukla zeigt, dass das tabakspezifische Wissen und die Bekanntheit von Rauchstoppangeboten zwischen t1 und t2 signifikant zugenommen haben, Einstellungen haben sich teilweise im Sinne der Tabakprävention signifikant verändert. (Arnold et al. 2013a, 31f) [+, eher stark]

¹⁸⁶ Zusammenfassend: „Die berichteten Ergebnisse geben überdies Grund zur Annahme, dass auch das Ziel der Förderung von health literacy erreicht wurde. Bei den Teilnehmenden scheint in der Regel ein Prozess der Verantwortungsübernahme in Gang gekommen zu sein und sie konnten neues Wissen erwerben, bestehende Annahmen korrigieren sowie neue Verknüpfungen herstellen.“ sowie „Bezüglich der Einstellungen zum Rauchen zeigt sich bei T2 eine im Vergleich zu T1 deutlich kritischere Haltung.“ (Arnold et al. 2013b, 20)

- Falls den Rauchstoppkursen eine Informationsveranstaltung vorausgeht, könnte theoretisch beides einen Einfluss haben und es ist schwierig, die beiden Elemente auseinander zu halten. Da die Stoffe in den Zigaretten im Kurs jedoch besondere Beachtung geniessen und häufig wiederholt werden, ist wahrscheinlicher, dass ein allfällig auftretender Lerneffekt auf den Kurs zurückzuführen ist. (Einschätzung der Projektleitung) [+, schwach]

Weitere Erkenntnisse

- Die türkisch/kurdische Migrationsbevölkerung wird neben den Interventionen des Tiryaki Kukla vor allem über die türkischen Staatsmedien mit Botschaften zur Tabakprävention erreicht; dort ist das Thema omnipräsent. (Einschätzung der Projektleitung)

Fazit

- Die bisherigen Evaluationsergebnisse (aus früheren Programmphasen) zeigen, dass es mittels der Kurse gelingt, die funktionale und die interaktive Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden zu verbessern.
- Die Evaluation des Projekts Tiryaki Kukla aus der vorangehenden Projektphase deutet darauf hin, dass auch mittels Informationsveranstaltungen (und weiteren Sensibilisierungsmassnahmen) Aspekte der Gesundheitskompetenz (Wissen, Einstellung) gestärkt werden können.
- Falls den Rauchstoppkursen eine Informationsveranstaltung vorausgeht, ist es grundsätzlich schwierig, Ergebnisse einer der beiden Interventionen zuzuordnen. Da aber der Rauchstoppkurs viel intensiver ist (8 Kursabende¹⁸⁷), ist es wahrscheinlicher, dass ein allfällig auftretender Lerneffekt auf den Kurs zurückzuführen ist.

9.4.4 WB 4: Einfluss der Medienartikel auf die Sensibilisierung und Rauchstoppmotivation der türkisch-/kurdischen Migrationsbevölkerung

Annahmen

- Von der Zielgruppe werden eigene Medien (Printmedien, Internetmedien, TV, Radios) in türkischer und in kurdischer Sprache stark genutzt. Wichtige Botschaften im Public Health werden deshalb in diesen Medien publiziert und rezipiert.
- Der gezielte Einsatz von Hauptgefässen 1-2x pro Jahr reicht aus (Medienwellen), um eine zusätzliche Sensibilisierung in der Zielgruppe zu erreichen und um über die bestehenden Ausstiegsangebote zu informieren.

Risiken

- Einzelne Hauptgefässe sind manchmal kurzfristig nicht disponibel (politische Vorkommnisse sind dringender).

Mögliche alternative Erklärungen

- Die Sensibilisierung erfolgt primär über andere Kanäle, z.B. über das engere soziale Umfeld oder aber über Kampagnen anderer Akteure.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistik, Einschätzung der Projektleitung
- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluationsbericht Tiryaki Kukla)
- Studien: Kaya 2014

Erkenntnisse aus der Projektevaluation

- In der Evaluation des Pilotprojekts Tiryaki Kukla gaben die Befragten an, dass sie Informationen zum Rauchstopp in erster Linie über türkische/kurdische Medien sowie über Vereine der Migrationsbevölkerung erhalten haben¹⁸⁸. (Arnold et al. 2013a) [+, moderat]

¹⁸⁷ Ab Juli 2016 nur noch 6 Kursabende.

¹⁸⁸ „Informationen zum Rauchstopp (gesehen, gehört oder gelesen) stammen mit Abstand am häufigsten aus dem türkischsprachigen Radio und Fernsehen (61.0%), gefolgt von türkischsprachigen Zeitungen und Zeitschriften (49.1%). Es folgen Radio/Fernsehen in einer Schweizer Landessprache (37.4%), Vereine der

- Gemäss Kursevaluation 2012 (Arnold et al. 2013b, 14) scheinen die Beiträge in türkischen/ kurdischen Zeitschriften allerdings nur eine marginale Rolle bei der Rekrutierung von Kursteilnehmenden gespielt zu haben.¹⁸⁹ [-, moderat]
- Türkisch/kurdisch-sprachige Medien sind am Thema Rauchstopp interessiert und beteiligen sich aktiv. (Arnold et al. 2013a) [+, stark (vgl. die Liste der beteiligten Medien S. 9-11)]

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Es gibt in vielen Studien Hinweise darauf, dass es sinnvoll ist, Medien der Migrationsbevölkerung zur Verbreitung von Gesundheitsinformationen zu nutzen.¹⁹⁰ (Literaturreview Kaya 2014) [+, eher stark (Literaturreview, aber ohne vergleichende Wirksamkeitsstudien)]
- Die Fachliteratur weist auf die Wichtigkeit der Mitwirkung von Migrantinnen und Migranten bei der Erarbeitung von Informationsmaterialien und auf die Wichtigkeit der Kombination von Informationskanälen und -techniken für eine wirksame Informationsweitergabe hin.¹⁹¹ (Kaya 2014) [+, eher stark]. Beides ist Teil des Projekts Tiryaki Kukla (Arnold et al. 2013a, 5).

Fazit

- Medien in der Muttersprache sind für die türkisch/kurdische Migrationsbevölkerung eine wichtige Informationsquelle, auch zum Thema Tabakprävention. In der Fachliteratur wird empfohlen, Medien der Migrationsbevölkerung konsequent zu nutzen.
- Zur Rekrutierung von Teilnehmenden für Rauchstoppkurse eignen sich die Artikel in Zeitschriften und Zeitungen kaum, die Resonanz ist nicht vergleichbar mit der aufsuchenden Arbeit (die Rekrutierung ist auch nicht das primäre Ziel der Medienarbeit).

9.4.5 WB 5: Einfluss der Informationsveranstaltungen auf die Sensibilisierung und Rauchstoppmotivation der türkisch-/kurdischen Migrationsbevölkerung

Annahmen

- Jährliche Veranstaltungen sensibilisieren die Zielgruppe für die Gefahren des Rauchens und motivieren Rauchende zu einem Ausstieg.
- Die aufsuchende und beziehungsgeleitete Vorgehensweise ist nötig, um in einer schwer erreichbaren Zielgruppe zu rekrutieren.

Risiken

- Mangelnde Qualität der Veranstaltungen.
- Zu geringe Intensität, um zu ausreichender Sensibilisierung und Motivation zu führen.

Mögliche alternative Erklärungen

- Andere unpersönlichere Formen zur Sensibilisierung und Rekrutierung (z.B. Ausschreibungen) oder andere personalisierte sensibilisierende und rekrutierende Vorgehen (z.B. via neue Medien) sind ausreichend bzw. effektiver.

Zielgruppe (35.6%), Zeitungen/Zeitschriften in deutscher oder französischer Sprache (32.3%) und nahestehende Personen (Familie/Freunde/Bekannte, 31.7%). Die anderen Optionen (Internet; Gesundheitsfachleute; Plakate/Broschüren/Flyer) werden seltener genannt.“ (Arnold et al. 2013a, 25)

¹⁸⁹ Antworten auf die Frage, wie man auf den Kurs aufmerksam wurde. „Am häufigsten genannt wurden ‚Vereine‘ (40x, 51.9% der Personen), gefolgt von ‚Familie/Freunde/Bekannte‘ (37x, 48.1% der Personen) und dem ‚Tiryaki Kukla-Anlass‘ (5x, 6.5% der Personen). Einmal genannt wurden ‚Zeitungen/Zeitschriften in türkischer Sprache‘ (1.3% der Personen) und 4x ‚anderes, nämlich: Quartiertreff‘.“ (Arnold et al. 2013b, 14)

¹⁹⁰ „Gemäss der Literatur haben die Medien von Migrantengemeinschaften einen grossen Einfluss. Leider werden sie von den Akteuren der Gesundheitsförderung für die Gesundheitsinformationen zu wenig genutzt. Im Übrigen haben wir keine Studien gefunden, in denen die Wirksamkeit und die Auswirkungen dieser Technik zur Informationsverbreitung mit den entsprechenden Faktoren anderer Techniken verglichen werden. In den vorliegenden Studien wurde der Nutzen des evaluierten Mediums von den Benutzerinnen und Benutzern subjektiv beurteilt.“ (Kaya 2014, 7)

¹⁹¹ „Es scheint sehr wichtig zu sein, dass auf mehrere und vielfältige Möglichkeiten und Kanäle für die Verbreitung von Informationen zurückgegriffen wird.“ (Kaya 2014, 9)

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Statistik Rauchstopplinie
- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluation Tiryaki Kukla), Arnold et al. 2013b (Evaluation Rauchstoppkurse 2012)

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Die Evaluation Tiryaki Kukla zeigt, dass das tabakspezifische Wissen und die Bekanntheit von Rauchstoppangeboten zwischen t1 und t2 signifikant zugenommen haben, Einstellungen haben sich teilweise im Sinne der Tabakprävention signifikant verändert. (Arnold et al. 2013a, 31f) [+, moderat]
- Dass fast alle Rauchstoppkurse aus Informationsveranstaltungen hervorgehen, stützt diese Wirkungsbeziehung, allerdings nicht sehr stark, da die Anzahl rekrutierter Teilnehmender aus allen Veranstaltungsteilnehmenden nicht allzu hoch ist (vgl. nächstes Kapitel). (Projektstatistik) [+, eher stark]
- Es wurde in der Evaluation nicht untersucht, inwiefern sich die Motivation für einen Rauchstopp bei den Untersuchten zwischen t1 und t2 verändert hat. Einen Hinweis auf eine erhöhte Motivation liefern die Aufhörraten im entsprechenden Zeitraum (vgl. WB 9) [+, eher schwach], eher gegen eine grosse motivationsverstärkende Rolle sprechen die relativ wenigen Kursanmeldungen nach Veranstaltungen (Arnold et al. 2013b, 14) [-, eher schwach].
- Die türkisch-Sprachigen sind die zahlenmässig wichtigste Gruppe von Personen mit Migrationshintergrund bei der Rauchstopplinie. (Statistik Rauchstopplinie, Auskunft der Programmleitung)

Fazit

- Durch die Informationsveranstaltungen sind die Teilnehmenden dem Rauchen gegenüber kritischer geworden.
- Es kann aber schlecht eingeschätzt werden, inwiefern sich die Informationsveranstaltungen auch auf die Rauchstoppmotivation der Teilnehmenden ausgewirkt haben. Es gibt Hinweise, welche die diesbezügliche Wirkungsbeziehung stützen und solche die sie nicht stützen.

9.4.6 WB 6: Einfluss der Sensibilisierung durch Veranstaltungen und durch Beiträge in türkisch-/kurdischsprachigen Medien auf das Zustandekommen von Kursen**Annahmen**

- Durch die Information und Sensibilisierung über migrationsbevölkerungsspezifische Medienkanäle gelingt es, Teilnehmende für die Rauchstoppkurse zu rekrutieren.
- Die Durchführung von Veranstaltungen erweist sich als effektives Mittel zur Rekrutierung von Teilnehmenden an Rauchstoppkursen.

Risiken

- Die entsprechenden Medienbeiträge werden nicht oder zu wenig beachtet.
- Die Kurse erscheinen als nicht attraktiv oder liegen nicht in Reichweite der Leserinnen und Leser.

Mögliche alternative Erklärungen

- Die Rekrutierung erfolgt primär über andere Kanäle, z.B. über Hinweise auf die Rauchstopplinie auf Zigarettenpackungen.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistik
- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluationsbericht Tiryaki Kukla), Zwischenauswertung des ISGF Okt 2016
- Einschätzungen der Projektleitung

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Die meisten der in dieser Programmperiode durchgeführten Kurse sind aus Informationsveranstaltungen entstanden. 65.4% der Kursteilnehmenden (Kurse 41-59) geben

an, dass sie über einen Verein/Tiryaki Kukla Anlass¹⁹² auf den Kurs aufmerksam geworden sind, 40.2% durch Familie, Freunde, Bekannte, 6.3% durch türkische Zeitschriften und 2.4% durch das türkische Radio/fernsehen. (Zwischenauswertung ISGF). In den Jahren 2010-2012 sind 25 von 32 Rauchstoppkursen aus diesen Veranstaltungen hervorgegangen (Arnold et al. 2013a, 45) [+, eher stark]

- 38 von 93 Kursteilnehmenden geben an, insgesamt 82 Personen für eine Teilnahme an einem Kurs haben gewonnen zu haben. 34 weitere Personen machen hierzu keine Angabe.¹⁹³
- Die Haltequote in den Rauchstoppkursen ist sehr hoch, in den Jahren dieser Programmphase zwischen 68-100%. (Projektstatistiken)

Weitere Hinweise und Erfahrungen

- Es ist wichtig, dass die Kursleitenden die Veranstaltungen selber durchführen und Teilnehmende für ihre Rauchstoppkurse rekrutieren. (Einschätzung der Projektleitung)
- Die Kursleitenden versuchen neben der Rekrutierung von Kursteilnehmenden über Veranstaltungen immer wieder neue Rekrutierungswege aus. In dieser Programmperiode sollte versucht werden, über andere Präventionsprojekte Kursteilnehmende zu gewinnen. Die Zusammenarbeit mit dem Projekt FemmesTische hat bisher keine entsprechenden Resultate gezeigt, aus der Zusammenarbeit mit dem Projekt „Frau und Herz und Tabak“ sind hingegen Veranstaltungen und ein Rauchstoppkurs entstanden.

Fazit

- Die Informationsarbeit über migrationsbevölkerungsspezifische Medienkanäle eignet sich kaum direkt für die Rekrutierung von Kursteilnehmenden. Starke Beziehungen scheinen insbesondere auch bei der Rekrutierung von Kursteilnehmenden eine wichtige Rolle zu spielen; der grösste Teil der Teilnehmenden gibt an, über einen Verein oder über Familie/Freunde/Bekannte auf den Kurs aufmerksam geworden zu sein.
- Es zeigt sich, dass der Grossteil der durchgeführten Rauchstoppkurse aus Informationsveranstaltungen hervorgegangen ist. Entsprechend geben auch 65.4% der Kursteilnehmenden an, durch einen Verein oder direkt durch den Tiryaki Kukla Anlass auf den Kurs aufmerksam geworden zu sein (Zwischenauswertung ISGF).
- In dieser Programmphase konnte das gewünschte Verhältnis zwischen Veranstaltungen und Kursen nicht ganz erreicht werden; es sollten mind. halb so viele Kurse wie Veranstaltungen durchgeführt werden können (aktuell waren es 19 Kurse und 47 Veranstaltungen).

9.4.7 WB 7: Einfluss der durch Rauchstoppkurse vermittelten Gesundheitskompetenzen auf den Ausstieg aus dem Rauchen

Annahmen

- Um einen Rauchstopp nachhaltig umsetzen zu können, ist eine gestärkte Gesundheitskompetenz nötig oder zumindest hilfreich. Insbesondere der Aspekt der Übernahme von Selbstverantwortung ist ausschlaggebend.
- In Gruppen von starken Beziehungen gelingt diese Umsetzung besonders effektiv (vgl. WB 8).

Risiken

- Die Gruppendynamik resp. Gruppendruck kann die Übernahme von Selbstverantwortung beim Suchtausstieg erschweren und das Einüben der eigenen Gesundheitskompetenz schwächen.

¹⁹² 65.4% gaben den Verein an, 11.8% den Tiryaki Kukla Anlass. Lediglich 5 Personen (3.9%) kreuzen nur den Tiryaki Kukla Anlass an, weshalb nur bei diesen davon auszugehen ist, dass sie sonst nicht im Verein verkehren.

¹⁹³ 19 Personen haben eine weitere Person gewinnen können, 11 Personen zwei, je zwei Personen haben 4,5 und 7 und je eine Person hat 3 und 6 Personen gewinnen können.

Mögliche alternative Erklärungen

- Es sind nicht die in Kursen erworbenen Gesundheitskompetenzen, welche den Ausstieg fördern, sondern andere Faktoren.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluationsbericht Tiryaki Kukla), Schnoz et al. 2011, Salis Gross et al. 2009, Salis Gross 2010, Salis Gross et al. 2012
- Studien: Christakis und Fowler 2008, Fiore et al. 2008, Pfluger et al. 2009

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Die Evaluation der Rauchstoppkurse 2012 beschreibt eine Verbesserung der interaktiven und funktionalen Gesundheitskompetenzen der Kursteilnehmenden.¹⁹⁴ (Arnold et al. 2013b, 9ff und 20) und gleichzeitig auch eine hohe Rate an (längeren) Rauchstopps.
- Evaluationsergebnisse aus dem Vorgängerprojekt (Schnoz et al. 2011) unterstützen diese Wirkungsbeziehung. Nach 12 Monaten waren von den 61 Programmteilnehmenden 37.7% rauchfrei. [+, eher stark].
- Allerdings zeigt die Kursevaluation 2012 auch, dass bei den 3 Monate nach dem Kurs noch immer Rauchenden die Aufhörerbereitschaft recht gering ist (dabei muss bedacht werden, dass sich die Rauchstoppmotivation rasch ändern kann).¹⁹⁵ (Arnold et al. 2013b) [-, moderat]
- Suchtausstieg und Übernahme von Selbstverantwortung korrelieren (Evaluation Pilot- und Hauptprojekt. Generell: behavioural therapy Model of Cancer League, based on Fiore et al. 2000. Beschreibung der Anwendung für das Projekt: Schnoz et al. 2011:128f)
- Neben kognitiv orientierten Angeboten zur Förderung der funktionellen health literacy sind insbesondere verhaltensorientierte und einübende Angebote zur Förderung der interaktiven health literacy wichtig (Maier/Salis Gross 2015) [+, moderat]
- Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Gruppendynamik die Selbstverantwortung schwächen würde oder es Gruppendruck zum Rauchen geben würde. Im Gegenteil, Nichtrauchen ist in den Kursen ein hoher Wert.

Erkenntnisse aus anderen Studien

- Für Pfluger et al. (2009) ist ein Schlüssel für gute Prävention und Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung, Empowerment und Gesundheitskompetenzen zu fördern.¹⁹⁶ (Pfluger et al. 2009, 14, 125ff) [+, moderat]

Fazit

- Sowohl die Daten aus den Projektevaluationen als auch die gefundenen Studien belegen die Plausibilität dieser Wirkungsbeziehung.

¹⁹⁴ Zusammenfassend: „Die berichteten Ergebnisse geben überdies Grund zur Annahme, dass auch das Ziel der Förderung von health literacy erreicht wurde. Bei den Teilnehmenden scheint in der Regel ein Prozess der Verantwortungsübernahme in Gang gekommen zu sein und sie konnten neues Wissen erwerben, bestehende Annahmen korrigieren sowie neue Verknüpfungen herstellen.“ sowie „Bezüglich der Einstellungen zum Rauchen zeigt sich bei T2 eine im Vergleich zu T1 deutlich kritischere Haltung.“ (Arnold et al. 2013b, 20)

¹⁹⁵ „Von den bei T2 nach wie vor rauchenden Personen denken 11 Personen (40.7%) nicht ans Aufhören, 11 Personen wissen nicht, ob sie aufhören möchten (40.7%) und 5 Personen (18.5%) möchten zwar aufhören, wissen aber nicht wann. Gemessen an einer Skala von 0=„bin gar nicht bereit“ bis 10=„bin sehr stark bereit“ liegt der Mittelwert der Bereitschaft, zum jetzigen Zeitpunkt (T2) mit dem Rauchen aufzuhören, mit 2.3 Punkten denn auch entsprechend tief (Min=0, Max=8, SD=1.6) und – für die gleiche Personengruppe betrachtet – tiefer als bei T1 (Mittelwert: 4.2 Punkte).“ (Arnold et al. 2013b, 16ff)

¹⁹⁶ „Empowerment und Health Literacy sind wesentliche Grundlagen für die Schaffung von Chancengleichheit. Für die Migrationsbevölkerung bedeutet dies, Schlüsselpersonen und Personen mit Migrationshintergrund zu befähigen, die eigene Gesundheit zu beeinflussen und Entscheide im Umgang mit Gesundheit und Krankheit selbst zu treffen. Dazu braucht es Information sowie die Fähigkeit, die Information zu nutzen (Health Literacy). Empowerment und Health Literacy bedeuten auch, Barrieren zu beseitigen, die eine Selbstbestimmung der Migrationsbevölkerung behindern.“ (Pfluger et al. 2009)

9.4.8 WB 8: Unterstützung durch starke Beziehungen

Annahmen

- Starke Beziehungen in Gruppeninterventionen wirken sich unterstützend auf den Rauchausstieg aus.
- Soziale Kontrolle in sozialen Netzwerken hindert Rauchende, die gerade einen Rauchstopp gemacht haben, daran, wieder mit dem Rauchen anzufangen.

Risiken

- Starke Beziehungen können Rauchende auch darin unterstützen, den Rauchstopp wieder aufzugeben.

Mögliche alternative Erklärungen

- s. Wirkungsbeziehung 7.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluationsbericht Tiryaki Kukla), Schnoz et al. 2011, Salis Gross et al. 2009, Salis Gross et al. 2012, Zwischenauswertung ISGF Okt. 2016
- Studien: Salis Gross 2010, Christakis/Fowler 2008, Christakis/Fowler 2007, Bond 2009, Haug et al. 2010

Erkenntnisse der Evaluationen des NRP

- In der Evaluation der Kurse von 2012 zeigte sich, dass in allen Kursen starke Beziehungen unter den Kursteilnehmenden vorherrschend waren¹⁹⁷. (Arnold et al. 2013b)
- Die Wirksamkeit starker Beziehungen konnte in der Projektevaluation bisher nicht quantitativ nachgewiesen werden. Vielmehr hat sich in der Evaluation 2010 kein signifikanter Unterschied zwischen Einzel- und Gruppeninterventionen gezeigt.¹⁹⁸ (Schnoz et al. 2011), [-, schwach (die Gruppe mit Einzelcoachings war sehr klein (n=5))]
- Starke Beziehungen („strong ties“) erweisen sich als wichtige Unterstützer beim Rauchstopp, wie qualitative Auswertungen im Rahmen der Projektevaluationen gezeigt haben. (u.a. Schnoz et al. 2011) [+, eher stark]
- Fast keine Kursteilnehmende (nur 5 von 121) geben an, dass jemand im Umfeld auch einen Rauchstopp gemacht hat. (Zwischenauswertung ISGF)

Erkenntnisse aus anderen Studien

- In verschiedenen Studien wurde der Einfluss starker Beziehungen (strong ties) auf das Gesundheitsverhalten untersucht und eine unterstützende Rolle nachgewiesen (Salis Gross 2010 und Salis Gross et al. 2012, basierend u.a. auf Christakis/Fowler 2008, Christakis/Fowler 2007, Bond 2009) [+, stark].
- Es gibt Hinweise darauf, dass das Fehlen eines rauchenden Partners ein Prädiktor ist für den Erfolg von Rauchstopps.¹⁹⁹ (Haug et al. 2010, 61) [+, eher stark]
- Reziproke Beziehungen unterstützen den Support und die soziale Kontrolle (Beschreibungen der Beziehungen innerhalb der Gruppen)

Fazit

- Es gibt klare Evidenz für den Nutzen von starken Beziehungen („strong ties“) bei der Unterstützung von Rauchstopps. Über negative Einflüsse von starken Beziehungen auf Rauchstopps berichtet die Literatur nicht.

¹⁹⁷ „In allen Gruppen waren strong ties von Anfang an in verschiedenem Ausmass gegeben, indem die Teilnehmenden jeweils Mitglieder derselben Organisation waren, sich von Vereinsaktivitäten her kannten und/oder miteinander befreundet resp. teilweise auch verwandt waren.“ (Arnold et al. 2013b, 8)

¹⁹⁸ „No significant differences were found in the success rates in terms of receiving group- or single-therapy sessions“ (Schnoz et al. 2011, 131)

¹⁹⁹ Fehlen eines rauchenden Partners als Prädiktor für erfolgreichen Rauchstopp nach Verhaltensintervention (OR 0.60 95% CI 0.42-0.85) (Haug et al. 2010, 61; Studie zu Rauchenden in Deutschland)

9.4.9 WB 9: Einfluss von Information und Sensibilisierung auf Rauchstopps

Annahmen

- Durch Informations- und Sensibilisierungsarbeit über die Medien und über Veranstaltungen gelingt es, Rauchende zu einem Rauchstopp zu bewegen.

Risiken

- Informations- und Sensibilisierungsarbeit ist zu wenig intensiv, um zu erfolgreichen Rauchstopps führen zu können.

Mögliche alternative Erklärungen

- Der Grossteil von Rauchstopps wird ohne Entwöhnungshilfen wie Beratungen oder Kurse gemacht.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluation Tiryaki Kukla)
- Studien: Kuendig et al. 2016

Erkenntnisse aus der Projektevaluation

- 52 Personen (12.2% der Befragten) haben zwischen t1 und t2 mit dem Rauchen aufgehört, keine Person hat in derselben Zeit mit Rauchen angefangen. Von den 52 Personen hat etwa die Hälfte mit Hilfe eines Rauchstoppkurses aufgehört, die andere Hälfte über andere Wege. (Arnold et al. 2013a) [moderat] Es kann nicht beurteilt werden, wie viele Personen auch ohne das Projekt in derselben Zeit mit dem Rauchen aufgehört hätten.

Erkenntnisse aus Studien

- Nicht alle brauchen Beratungen oder Kurse, um mit Rauchen aufzuhören. Der Grossteil der täglich Rauchenden in der Schweiz (70.1%) gab im Suchtmonitoring 2015 an, beim letzten Rauchstopp keinerlei Unterstützung oder Entwöhnungshilfen benutzt zu haben. (Kuendig et al. 2016, 61)

Fazit

- Die Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass es nicht nur über Rauchstoppkurse gelungen ist, türkisch/kurdische Migrantinnen und Migranten zu einem Rauchstopp zu bewegen, sondern auch über die übrige Informations- und Sensibilisierungsarbeit im Rahmen des Projekts. Die Hälfte der Personen, die in der Beobachtungszeit mit dem Rauchen aufgehört hat, hat dies nicht mithilfe eines Kurses getan. Es kann allerdings nicht beurteilt werden, wie viele dieser Personen auch ohne das Projekt in derselben Zeit mit dem Rauchen aufgehört hätten.

9.4.10 WB 10: Einfluss der Gesundheitskompetenzen auf die Rauchfreiheit von Vereinslokalen und von privaten Räumen

Annahmen

- Eine gestärkte Gesundheitskompetenz unterstützt die Motivation und die Implementierung von rauchfreien Räumen (Vereinslokale, private Räume, Autos) der Zielgruppe.

Risiken

- Machtverhältnisse in den Familien und in den Vereinen lassen eine Veränderung des Rauchverhaltens in den Räumen nicht zu.
- Wohnungen ohne Balkone und Autos sind aufgrund fehlender Ausweichmöglichkeiten teilweise nur schwer rauchfrei zu halten.

Mögliche alternative Erklärungen

- Andere Faktoren führen dazu, dass Räume oder Autos rauchfrei gehalten werden (Vermieter, Druck innerhalb der Familie etc.)

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013b (Evaluation Rauchstoppkurse 2012)

Erkenntnisse der Evaluation des NRP

- Die Evaluationsergebnisse zu den Kursen 2012 zeigten, dass erfreulicherweise bereits bei T1 und noch deutlicher bei T2 zu Hause meistens ausschliesslich im Freien geraucht wird (Balkon/Garten/Dachterrasse). (Arnold 2013b, 21) [+, eher schwach]
- In der aktuellen Projektphase zeigt sich eine signifikante Zunahme des Nie-Rauchens im Schlaf- und Wohnzimmer nach dem Kursbesuch im Vergleich zu vor dem Kursbesuch (Auswertungen ISGF), [+, eher stark]
- Es sei zum Teil aber schwierig, Rauchfreiheit in privaten Räumen durchzusetzen, wenn andere Familienmitglieder nicht damit einverstanden sind. (Einschätzung Projektleitende) [-, schwach]
- Bewusstsein um Gefahren des Rauchens und ‚interaktive Gesundheitskompetenz‘ bewirken per definitionem eine verarbeitete Auseinandersetzung mit dem Umfeld und den Versuch der Umsetzung des Gelernten im Alltag.²⁰⁰ (Einschätzung der Projektleitung) [+, eher schwach]
- Soziale Kontrolle in Gruppen von ‚strong ties‘ kann beim Erhalt rauchfreier Räume unterstützend wirken. (Einschätzung der Projektleitung) [+, eher schwach]

Fazit

- Es gibt aus den Kursevaluationen leichte Hinweise darauf, dass die in Kursen vermittelten Gesundheitskompetenzen dazu beitragen, auch private Räume rauchfrei zu halten.

9.4.11 WB 11: Einfluss der Sensibilisierung über Veranstaltungen und Medienartikel auf die Rauchfreiheit von Vereinslokalen und von privaten Räumen**Annahmen**

- Sensibilisierte und für den Rauchstopp motivierte Personen sind stark an rauchfreien Räumen interessiert und engagieren sich in ihrem Umfeld dafür.

Risiken

- Machtverhältnisse in den Familien und in den Vereinen lassen eine Veränderung des Rauchverhaltens in den Räumen nicht zu.
- Rauchverbote in öffentlichen und halböffentlichen Räumen können nicht durchgesetzt werden (fehlende Akzeptanz).

Mögliche alternative Erklärungen

- Andere Faktoren führen dazu, dass Räume oder Autos rauchfrei gehalten werden (z.B. Vermieter).

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013a (Evaluation Tiryaki Kukla)

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Die Evaluation des Tiryaki Kukla 2013 hat gezeigt, dass durch Sensibilisierungsveranstaltungen (und Kurse) eine Verlagerung der Rauchorte daheim erreicht werden konnte, „weg von den Innenräumen, hin zu Balkon, bzw. Garten“. (Arnold et al. 2013a, 51)
- Es sei zum Teil schwierig, Rauchfreiheit in privaten Räumen durchzusetzen, wenn andere Familienmitglieder nicht damit einverstanden sind. (Einschätzung Projektleitende) [-, schwach]

Fazit

- Die Rauchfreiheit von Vereinslokalen dürfte vor allem dem gesetzlichen Rauchverbot für öffentliche Gebäude zu verdanken sein. Das Verbot dürfte um Einiges effektiver und effizienter sein als der Versuch, flächendeckende Rauchfreiheit von Vereinslokalen über Sensibilisierungsmassnahmen zu erreichen.

²⁰⁰ Zur interaktiven Gesundheitskompetenz in den Rauchstoppkursen siehe Arnold et al. (2013b, 9)

- In Bezug auf private Räume hat die Evaluation 2013 gezeigt, dass es über die Veranstaltungen und Kurse gelungen ist, Wohnungen vermehrt rauchfrei zu halten, wen auch in weit tieferem Umfang als bei den Vereinslokalen.

9.4.12 WB 12: Einfluss rauchfreier Räume auf einen Normenwandel in der (Migrations-) Bevölkerung

Annahmen

- Rauchfreie Räume zu etablieren unterstützt den Normenwandel in einer Bevölkerung. Die Bevölkerung wird daran erinnert, dass Rauchen schädlich ist, die Rauchenden gleiten an die Peripherie.

Risiken

- Rauchfreie Räume werden als einschränkende Verbote gesehen, erzeugen Widerstand und stärken eine gegenteilige Normenbildung.

Mögliche alternative Erklärungen

- Wenn eine Nichtraucher norm etabliert wird, kann dies auch Ergebnis sein von Sensibilisierungsmassnahmen, von staatlicher Regulierung, von Werbeeinschränkungen etc.

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Evaluation des NRP: Arnold et al 2013b, Zwischenauswertung ISGF Okt. 2016
- Einschätzungen der Projektleitung und der Evaluation

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Private Räume und Autos rauchfrei zu halten wird von den Kursteilnehmenden zunehmend akzeptiert, die Hürden sind jedoch grösser als bei Vereinsräumen. (Arnold et al 2013b, Zwischenauswertung ISGF)

Weitere Hinweise

- Die Rauchfreiheit von öffentlichen und privaten Räumen ist hochwirksam zur Stärkung der Norm des Nichtrauchens. (Einschätzung der Projektleitung) [+, schwach]
- Erfahrungsgemäss werden strikt rauchfrei gehaltene Räume (z.B. durch gesetzliche Regelungen) von der Bevölkerung relativ rasch akzeptiert und es tritt eine Gewöhnung ein. Neue rauchfreie Räume werden so relativ rasch zur gesellschaftlichen Norm, wie die Beispiele rauchfreier Züge, Restaurants und anderer öffentlicher Gebäude in den letzten Jahren resp. Jahrzehnten gezeigt haben. Inwiefern die Akzeptanz rauchfreier Räume auch Rauchfreiheit als Norm stärkt, kann nicht beurteilt werden. (Einschätzung der Evaluation) [+, schwach]
- Es wurden in der Literatur keine Hinweise darauf gefunden, dass rauchfreie Räume das Rauchen als Norm gar fördern würden, obwohl dies auch vorstellbar wäre (z.B. über die verschworenen Rauchergruppen, die sich draussen zum Rauchen treffen).

Fazit

- Die Beziehung zwischen gesellschaftlichen Normen in Bezug auf das Rauchen und rauchfreien Räumen dürfte eine enge sein, da rauchfreie Räume als Indikator für entsprechende Normen gesehen werden können.
- Es gibt zwar keine expliziten Hinweise aus den Evaluationen des NRP oder aus uns bekannter wissenschaftlicher Literatur zum Einfluss von rauchfreien Räumen auf einen Normenwandel hin zu Nichtrauchen. Die Wirkungsbeziehung im Sinne des ‚zur Norm Werdens‘ rauchfreier Räume ist aber plausibel.

9.4.13 WB 13: Einfluss der neu rauchfreien Kursteilnehmenden auf die Raucherprävalenz in der Migrationsbevölkerung

Weil Referenzzahlen für die albanischsprachige rauchende Migrationsbevölkerung fehlen, werden die folgenden Wirkungsbeziehungen am Beispiel der türkisch-kurdischen Migrationsbevölkerung aufgezeigt.

Annahmen

- Durch die Rauchstoppkurse kann eine messbare Reduktion des Anteils Rauchender in der türkisch-/kurdischen Migrationsbevölkerung und darüber auch in der Gesamtbevölkerung erreicht werden.
- Über den Einfluss der Kursteilnehmenden auf ihr soziales Umfeld wird die Anzahl Nichtraucher massgeblich erhöht.

Risiken

- Die rauchfrei gewordenen Kursteilnehmenden sind zu wenig zahlreich, als dass sich dies in den Prävalenzzahlen abzeichnen könnte.

Mögliche alternative Erklärungen

- Ein allfälliger Rückgang von Raucherprävalenzen in der (türkisch-/kurdischen Migrations-) Bevölkerung ist auf andere Rauchstopp-Aktivitäten zurückzuführen.
- Die vergleichsweise hohen Raucherprävalenzraten in der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung sinken, weil sie sich z.B. durch Übernahme von Normen und Gewohnheiten, jenen der heimischen Bevölkerung angleichen.

Statistische Zahlen

- Die Migrationsbevölkerung aus der Türkei liegt mit einer Prävalenzrate von 29.5% (täglicher Tabakkonsum) bei den Frauen und von 55.2% bei den Männern im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen an der Spitze. (Guggisberg et al. 2011)
- Obwohl die Rauchstoppkurse ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis zeigen (Arnold et al. 2013 a), führen sie alleine kaum messbar zu einer Reduktion der Raucherprävalenz bei der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung. Wenn mit den Kursen rund 38% der Kursteilnehmenden längerfristig rauchfrei werden (aktueller Wert über die Zeit von Mitte 2014 bis Ende 2017), wären dies bei jährlich rund 35 Kursteilnehmenden²⁰¹ 13 Personen. Wenn davon ausgegangen werden kann, dass zusätzlich über die Informationsveranstaltungen (ohne Kursbesuche) rund 6% der Teilnehmenden rauchfrei werden²⁰², wären dies bei jährlich 556 Teilnehmenden weitere 33 Personen. Diese insgesamt 46 Personen würden ca. 0.1% der rund 40'000 Rauchenden mit türkisch/kurdischem Migrationshintergrund entsprechen.
- Die Raucherprävalenzen der türkischen Migrationsbevölkerung in der Schweiz scheinen höher als jene in der Türkei (die Stichproben unterscheiden sich allerdings bezüglich Alter etwas). Laut WHO sind die Raucherprävalenzen in der Türkei seit einigen Jahren rückläufig (Stichproben ab 15 Jahren): 2005: Männer 51.6%, Frauen 19.2% (WHO 2008); 2009: Männer 47%, Frauen 15% (WHO 2012) und 2012: Männer 42.7%, Frauen 13.5% (WHO 2015).

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien: Christakis 2008, Christakis 2010, Ganahl et al. 2016

Weitere Hinweise

- In den neuen Fragebögen der Teilnehmendenbefragung zu den Kursen sind Fragen zur sozialen Ansteckung enthalten. Befragung t1 (wie viele Personen zum Rauchstoppkurs rekrutiert), t2 (Hat jemand aus ihrem Umfeld aufgehört, weil sie aufgehört haben?)

²⁰¹ Die über die gesamte Programmdauer (3.5 Jahre) erreichten 168 Teilnehmenden an türkisch-kurdischen Kursen entsprechen einem Jahresdurchschnitt von 35 Teilnehmenden.

²⁰² In der Befragung der Veranstaltungsteilnehmenden (Arnold et al. 2013a) hat sich gezeigt, dass 52 Personen oder 12.2% der Befragten mit dem Rauchen aufgehört haben, niemand in derselben Zeit aber mit Rauchen angefangen hat. Von diesen ‚quitters‘ hat die Hälfte angegeben, mithilfe eines Rauchstoppkurses das Rauchen aufgeben zu haben. Es bleiben also rund 6% ohne Rauchstoppkurs.

- Weitere Personen (bis zu 3 Beziehungsgrade) werden gemäss Literatur beim Einsatz von strong ties ebenfalls rauchfrei. (Christakis 2008 und 2010).
- Die Reduktion des Anteils Rauchender in der Migrationsbevölkerung aus der Türkei kann gut und nachhaltig erreicht werden. Allerdings sind die Zahlen des nachweisbaren nachhaltigen Ausstiegs relativ klein (Evaluation Kurse, Total bis Ende 2014 ca. 200 Personen). Da mit dem Netzwerkansatz der „strong ties“ gearbeitet wird, kann jedoch angenommen werden, dass jeweils weitere Personen nachhaltig aussteigen (in der Regel drei Stufen des Netzwerkes. (Einschätzung der Projektleiterin mit Verweis auf Christakis/Fowler 2008). [+, moderat]
- In Ergänzung zur Tabakprävention der Türkei ist dieses zielgruppenspezifische Angebot für die Diaspora in der Schweiz insbesondere eine stark wirksame Investition zur Reduktion des Anteils an Rauchenden. (Einschätzung der Projektleiterin)

Erkenntnisse zu den alternativen Erklärungen

- Ganahl et al. (2016) weisen in ihrer Übersichtsarbeit darauf hin, „dass das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen durch das neue Umfeld und die neue Kultur, also durch Akkulturation, negativ wie auch positiv beeinflusst wird“. (Ganahl et al. 2016, 115)
Einer der wenigen entsprechenden Zusammenhänge, die in ihrer eigenen Studie gezeigt werden konnte, war jener zwischen Gesundheitskompetenz und täglichem Tabakkonsum bei Migrant/-innen aus der Türkei. (Ganahl et al. 2016, 19) [-, eher stark]

Fazit

- Die Informationsveranstaltungen und Rauchstoppkurse haben zusammen ein Potenzial zur Reduktion der Prävalenz von türkisch/kurdischen Rauchenden von jährlich etwa 0.1% (ohne soziale Ansteckung oder weitere Korrekturen). Wenn ein Rückgang der Prävalenz festgestellt würde, wäre er wohl grösstenteils auf andere Massnahmen zurückführbar (also ein sehr geringer Beitrag).

9.4.14 WB 14: Einfluss von Sensibilisierung und Information auf einen Normenwandel in der türkisch-/kurdischen Bevölkerung

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Projektstatistiken und Einschätzungen der Projektleitung
- Evaluation des NRP: Arnold et al. 2013
- Studien: Foxcroft et al. 2015, Berkowitz 2005, Haug et al. 2011, Maier/Salis Gross 2015, Levy et al. 2010a und 2010b, Frazer et al. 2016, European Commission 2014, WHO World Report 2015

Erkenntnisse aus der Evaluation des NRP

- Die Sensibilisierung hin zu einem Normenwandel wird via Informationsveranstaltungen, Medienwelle und Zertifizierung von rauchfreien Räumen, Wohnungen und Autos unterstützt. Wiederum unterstützt der methodische Approach von ‚strong ties‘ bei der Arbeit mit Gruppen die soziale Kontrolle und damit eine allfällige Implementierung des Normenwandels. (Wirkungseinschätzung der Projektleiterin) [moderat]
- Es gibt aus den Evaluationen des NRP allerdings keine Zahlen, welche diese Wirkungsbeziehung unterstützen würden, ausser man stützt sich dabei auf die Proxys ‚rauchfreie Vereine und private Räume‘ sowie ‚Anzahl gemachter Rauchstopps‘ (Einschätzung Evaluation, Projektstatistik, Arnold et al. 2013b) [+, eher schwach]

Erkenntnisse aus Studien

- Es gibt keine klaren Operationalisierungen zum Normenwandel. Oft wird Prävalenz als Indikator für Normenwandel verwendet: Dann wird die Untersuchung einer Wirkungsbeziehung zwischen beiden hinfällig. (vgl. Maier/Salis Gross 2015 für eine Übersicht)
- Es gibt nur wenig und keine klare Evidenz für oder gegen die Wirksamkeit von Interventionsansätzen, welche über die Beeinflussung sozialer Normen Gesundheitsverhalten positiv verändern wollen. Eine systematische Review zu entsprechenden Ansätzen im Bereich

der Tabakprävention an Universitäten und Colleges hat keine resp. kaum messbare Wirkungen zeigen können.²⁰³ (Foxcroft et al. 2015) [-, stark].

- Interventionsansätze hingegen, welche sich auf die Korrektur falscher Wahrnehmungen des Gesundheitsverhaltens u.a. von Peers spezialisieren (social norms approach nach Perkins und Berkowitz), zeigen z.T. deutliche Effekte (Übersicht in Berkowitz 2005) [+, stark (Übersichtsarbeit)]. Passend dazu zeigen Haug et al. (2011) in einer Einzelstudie deutliche Korrelationen zwischen der *Wahrnehmung* sozialer Norm und Alkoholkonsum von Auszubildenden [+, eher stark].

Erkenntnisse zum Verhältnis zwischen Prävalenz und gesellschaftlichen Normen

- Es gibt widersprüchliche Evidenz für den Zusammenhang zwischen Tabaksteuer/hohen Preisen und Konsumrückgang (als ein Indikator für Normenwandel auf politischer Ebene).²⁰⁴ (Levy et al. 2010a und 2010b) [+, eher stark], (Frazer et al. 2016) [-, stark]
- Zum Einfluss von Präventionsstrategien/Policies auf die Raucherprävalenzen (und auf diesbezügliche gesundheitliche Ungleichheit) gibt es klare Evidenzen. Wenn diese Strategien als Ausdruck gesellschaftlicher Normen gesehen werden, dann kann eine entsprechende Wirkungsbeziehung durchaus begründet werden. (European Commission 2014, WHO World Report 2015) [+, stark]

Fazit

- Es gibt keine Hinweise, inwiefern sich die Sensibilisierung und Information auf einen Normenwandel in der türkisch/kurdischen Bevölkerung auswirkt, ausser man stützt sich dabei auf die Indikatoren Rauchstopps und rauchfreie Vereine und private Räume als Proxys ab. Ansonsten kann diese Wirkungsbeziehung nicht beurteilt werden.
- Der Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Raucherprävalenzen in einer Bevölkerungsgruppe und einem entsprechenden Normenwandel ist hoch plausibel. Es gibt aber nur wenig und keine klare Evidenz für oder gegen die Wirksamkeit von Interventionsansätzen, welche über die Beeinflussung sozialer Normen Gesundheitsverhalten positiv verändern wollen.
- Es gibt hingegen klare Evidenzen für den positiven Einfluss von unterschiedlichen Präventions-Policies auf den Tabakkonsum und die Raucherprävalenzen. Diese Ansätze können – zumindest in demokratischen Gesellschaften - als Ausdruck gesellschaftlicher Norm gewertet werden.
- Oft wird Prävalenz selber als Indikator für Normenwandel verwendet: Dann wird die Untersuchung einer Wirkungsbeziehung zwischen den beiden allerdings hinfällig.

9.4.15 WB 15: Einfluss rauchfreier Räume auf die Raucherprävalenz in der Migrationsbevölkerung

Datenquellen zur Beurteilung dieser Wirkungsbeziehung

- Studien: Vijayaraghavan 2013, Frazer et al. 2016

Erkenntnisse

- Es gibt Evidenz zu einem positiven Einfluss von rauchfreien Privaträumen auf das Rauchverhalten, insbesondere bei Personen mit tiefem sozioökonomischem Status.²⁰⁵ (Vijayaraghavan 2013) [+, eher stark].
- Es gibt Evidenz dafür, dass Rauchverbote einen positiven Einfluss auf kardiovaskuläre Krankheiten sowie auf tabakbedingte Mortalität haben. Die Evidenz zum Einfluss von

²⁰³ "The main results of this review indicate that no substantive meaningful benefit is associated with social norms information interventions for alcohol misuse by university or college students." (Foxcroft et al. 2015)

²⁰⁴ Levy et al. (2010a und 2010b) haben die Effekte von Tabakpräventionspolicies untersucht und berechnen hohe Effekte von Steuererhöhungen, Gesetzgebungen etc. auf die Aufhorraten.²⁰⁴ Dieser Befund steht allerdings teilweise im Widerspruch zu den Ergebnissen der Cochrane Review von Frazer et al. 2016.

²⁰⁵ „High cigarette prices and especially smoke-free homes have the potential to reduce smoking behaviors among low-income individuals. Interventions are needed to increase adoption of smoke-free homes among low-income populations to increase cessation rates and prevent relapse.“ (Vijayaraghavan 2013, 2276)

Rauchverbote auf den Tabakkonsum und die Raucherprävalenz ist inkonsistent gemäss einer Cochrane Review.²⁰⁶ (Frazer et al. 2016) [0, stark]

Fazit

- Es gibt Evidenz zu einem positiven Einfluss von rauchfreien Privaträumen auf das Rauchverhalten, insbesondere bei Personen mit tiefem sozioökonomischem Status.

²⁰⁶ „There is consistent evidence of a positive impact of national smoking bans on improving cardiovascular health outcomes, and reducing mortality for associated smoking-related illnesses. Effects on respiratory and perinatal health were less consistent. We found 24 studies evaluating the impact of national smoke-free legislation on smoking behaviour. Evidence of an impact of legislative bans on smoking prevalence and tobacco consumption is inconsistent, with some studies not detecting additional long-term change in existing trends in prevalence.“ (Frazer et al. 2016, 2)

9.5 Synthese

In dieser Interventionsachse sollen Migrantinnen und Migranten in Vereinen und Gruppierungen der Migrationsbevölkerung für einen Rauchstopp sensibilisiert und motiviert, und in beziehungsgeleiteten Gruppen-Rauchstoppkursen beim Rauchstopp begleitet werden. In den Jahren 2014 und 2015 wurden die Aktivitäten auf die türkisch und kurdisch sprachige Migrationsbevölkerung beschränkt, ab dem 2016 werden mit spezifisch ausgebildeten Kursleitenden albanischer Muttersprache auch Veranstaltungen und Kurse für die albanische Migrationsbevölkerung durchgeführt.

Da entsprechende Referenzzahlen für die albanischsprachige rauchende Migrationsbevölkerung fehlen, werden Hochrechnungen zum Potenzial des Ansatzes zur Reduktion der Raucherprävalenzen nur für die türkisch-kurdische Migrationsbevölkerung gemacht.

9.5.1 Kursleitende und Grundlagen

Vgl. die Wirkungsbeziehungen 1 und 2 sowie die entsprechenden Leistungs- und Wirkungsziele

Aktuell werden die Informationsveranstaltungen und die Kurse von zwei gemischtgeschlechtlichen, spezifisch ausgebildeten Kursleitendenteams durchgeführt. Die Kursleitenden erhalten zu Beginn jeweils eine Grundschulung, hospitieren bei gestandenen Kursleitenden und führen einen ersten Kurs begleitet durch, bevor sie dann alleine Kurse anbieten. In den Folgejahren besuchen sie mindestens einmal jährlich eine spezifische Weiterbildung und in der Regel die Tagung der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, um ihre Kompetenzen aktuell zu halten. Im 2016 haben die Kursleitenden zum Beispiel eine eintägige Tabakschulung erhalten, eine eintägige Therapieschulung, einen halben Tag Schulung zu Motivational Interviewing und einen halben Tag Schulung zum Manual. Die Kursleitenden benötigen ein breites Spektrum an Kompetenzen für die Durchführung ihrer Aufgaben:

- Grundkenntnisse zu den Themen Tabakkonsum und Rauchstopp
- Übersicht über die verschiedenen Rauchstopangebote in der Schweiz
- Kenntnis der gängigen Entwöhnungshilfen und ihrer Wirksamkeit
- Methodisch-didaktische Kompetenzen der Erwachsenenbildung
- Kenntnisse in der Suchtberatung/-therapie
- Kompetenzen in transkultureller Präventionsarbeit
- Hohe Sozialkompetenzen (u.a. zum Umgang in verschiedenen Settings)
- etc.

Das Ziel, dass Kursleitende dem Projekt über mindestens drei Jahre lang erhalten bleiben, konnte bei den ersten beiden Kursleitenden erreicht werden, bei den neuen Kursleitenden ist es noch zu früh für eine Beurteilung.

Der Einfluss der Kompetenzen der Kursleitenden auf die Durchführung und den Erfolg von Informationsveranstaltungen und Rauchstoppkursen kann nicht beurteilt werden. Die verfügbaren Rückmeldungen aus früheren Jahren sowie die hohen Haltequoten in den Kursen (80-100%) weisen aber darauf hin, dass die Veranstaltungen und Kurse bei den Kursteilnehmenden gut ankommen. Die Rauchstoppkurse wurden von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet und die grosse Mehrheit der Teilnehmenden gab an, dass sie die Kurse ganz sicher weiterempfehlen würden; allerdings waren die Werte etwas tiefer als in der Evaluation 2013.²⁰⁷ (Arnold et al. 2013b, Zwischenauswertung ISGF 2016).

²⁰⁷ Neuere Zahlen: Die 78% der noch rauchenden und 83% der nicht mehr rauchenden Kursteilnehmenden würden den Kurs ganz sicher weiterempfehlen, weitere 9% resp. 8% wahrscheinlich. (Zwischenauswertung ISGF 2016). Zahlen aus der vorangehenden Programmphase: „Alle Teilnehmenden sind insgesamt mit dem Kurs zufrieden, die grosse Mehrheit (86.5%) ist gar „sehr zufrieden“. Ebenso würden alle Teilnehmenden den Kurs weiterempfehlen, die allermeisten davon „ganz sicher“ (97.3%)“ (Arnold et al. 2013b, 18)

Zu den Veranstaltungen und Rauchstoppkursen gibt es eine Webseite mit Informationsmaterial und Videos rund um den Rauchstopp und die Rauchstoppkurse. Zudem gibt es ein Begleitmanual zu den Rauchstoppkursen, welches den Teilnehmenden abgegeben wird. Das Manual wurde in dieser Projektphase aktualisiert und gekürzt.

9.5.2 Durchführung von Informationsveranstaltungen

Vgl. Leistungsziel Informationsveranstaltungen

In dieser Programmphase wurden 47 Informationsveranstaltungen mit 1'958 Teilnehmenden der türkisch-kurdischen Migrationsbevölkerung durchgeführt und 20 Informationsveranstaltungen mit 315 Teilnehmenden der albanisch-sprachigen Migrationsbevölkerung. Die entsprechenden Ziele des Programms konnten durchschnittlich deutlich übertroffen werden. Dass in den Jahren 2014 und 2015 verhältnismässig wenige Veranstaltungen in der türkisch-kurdischen Migrationsbevölkerung durchgeführt werden konnten, dürfte einerseits auf die schwierige politische Situation und die Wahlen in der Türkei zurück zu führen gewesen sein; die türkischen/kurdischen Vereine hatten zum grossen Teil andere Prioritäten und Aufgaben. Andererseits dürfte auch die Unterbesetzung des Leitungsteams (eine statt zwei Personen) eine Rolle gespielt zu haben. Im 2016, nach dem Einstellen des zusätzlichen türkischen Kursleiters, haben sich die Anzahl der Veranstaltungen und die damit erreichte Anzahl Migrantinnen und Migranten wieder deutlich erhöht.

9.5.3 Medienarbeit

Vgl. Leistungsziel Medienarbeit

Begleitend zu den Informationsveranstaltungen und Kursen soll in Medien der Migrationsbevölkerung für das Thema Rauchstopp sensibilisiert werden. Es war das Ziel, dass jährlich 1-2 Hinweise oder redaktionelle Beiträge in entsprechenden Zeitschriften erscheinen. Dieses Ziel konnte mit einer Medienkampagne in fünf türkisch-sprachigen Print- und Internetmedien im 2014, drei redaktionellen Medienberichten zu den Rauchstoppkursen in türkischen und kurdischen internet- und Printmedien im 2015, einer Medienkampagne in 3 Print- und Internetmedien sowie weiteren Artikeln, Inseraten und Informationsaktivitäten im 2016 und einer Medienwelle in 2 Online- und Printmedien, monatlichen Inseraten, einem TV-Interview und drei Artikeln zur Gewinnerin des Rauchstoppwettbewerbs, zur Rauchstopplinie und zu den Rauchstoppkursen im 2017 gut erreicht werden.

9.5.4 Durchführung von Rauchstoppkursen

Vgl. Leistungsziel Rauchstoppkurse

Von Mitte 2014 bis Ende 2017 wurden 19 Kurse mit total 124 Teilnehmenden der türkisch-kurdischen und 6 Kurse mit 44 Teilnehmenden der albanischsprachigen Migrationsbevölkerung durchgeführt, die *jährlichen* Leistungsziele (6 Kurse mit 36-60 Teilnehmenden für türkisch-kurdisch Sprachige und 3 Kurse mit 18 Teilnehmenden für Albanisch-Sprachige) wurden damit erreicht.

Obwohl die Raucherprävalenz beispielsweise der türkisch/kurdischen Männer (55.2%) um Einiges höher ist als jene der Frauen (29.5%)²⁰⁸, wurden mit den Kursen mehr Frauen als Männer erreicht (72 Frauen gegenüber 52 Männern), bis Ende 2016 waren es deutlich mehr Frauen als Männer. In der Zwischenauswertung wurde vermutet, dass Gründe dafür in der unterschiedlichen Sozialisation der beiden Geschlechter liegen dürften (türkische Männer haben gemäss Projektleitung eher Mühe, sich in Gruppen über Persönliches auszutauschen als türkische Frauen). Im 2017 ist es allerdings

²⁰⁸ Guggisberg et al. 2011

gelingen, fast doppelt so viele Männer wie Frauen für die türkisch-kurdischen Kurse zu gewinnen (21 vs. 12). Auffallend ist, dass im 2016 nur Kurse in Zürich (und Winterthur) zustande gekommen sind, aus den Veranstaltungen in allen anderen Städten (Basel, Lausanne, Biel, St. Gallen, Zug etc.) resultierte kein einziger Kurs. Ein Grund dafür könnte sein, dass es dem aus Winterthur stammenden neuen türkisch-kurdischen Kursleiter zunächst vor allem gelungen ist, sein bestehendes Netzwerk zu aktivieren.

9.5.5 Rekrutierung und Zielgruppenerreichung

In der Akquisitionsarbeit im Hinblick auf die Durchführung von Veranstaltungen und Kursen wurden verschiedene Strategien genutzt (Zugang über Vereine, andere Präventionsprojekte, Inserate in Medien der Migrationsbevölkerung etc.). Die Akquisition über türkisch/kurdische resp. albanischsprachige Vereine hat sich dabei als der mit Abstand erfolgreichste Kanal erwiesen.

Mit einzelnen Kantonen wurden Abmachungen oder Absichtserklärungen zur Durchführung von Veranstaltungen und Kursen vereinbart (z.B. Kantone Solothurn und Thurgau). Trotz dieser Absichtserklärungen gestaltet sich die Organisation von Veranstaltungen und daraus entstehenden Kursen sehr aufwändig und schwierig. Die Kantone konnten höchstens Schlüsselpersonen oder Zugänge zu Vereinen vermitteln. Auch die Zusammenarbeit mit den Projekten ‚FemmesTische‘, ‚Unternehmen rauchfrei‘ und ‚Rauchfreie Luft – gesunde Kinder‘ hat bisher kaum entsprechende Resultate gezeigt, lediglich aus der Zusammenarbeit mit dem Projekt ‚Frau&Herz‘ war ein erster Rauchstoppkurs entstanden.

Die Informationsarbeit über migrationsbevölkerungsspezifische Medienkanäle eignete sich kaum für die Rekrutierung von Kursteilnehmenden. Starke Beziehungen schienen insbesondere auch bei der Rekrutierung von Kursteilnehmenden eine wichtige Rolle gespielt zu haben, der grösste Teil der Kursteilnehmenden gab an, über einen Verein/Tiryaki Kukla Anlass (57.4%) oder über Familie/Freunde/Bekannte (29.4%) auf den Kurs aufmerksam geworden zu sein.

Im Jahr 2010 lebten rund 120'000 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in der Schweiz, davon dürften schätzungsweise rund 83'000 über 20 Jahre alt sein, wohl etwas mehr als 90'000 über 15 Jahre alt.²⁰⁹ (Haab et al. 2010, 47f) Auf dieser Grundlage und davon ausgehend, dass 46% der türkischen Migrationsbevölkerung Frauen und 54% Männer sind, kann mithilfe der Raucherprävalenzraten (29.5% bei den Frauen und 55.2% bei den Männern mit türkischem Hintergrund (Guggisberg et al. 2011²¹⁰)) errechnet werden, dass rund 40'000 Rauchende mit türkischem Migrationshintergrund in der Schweiz leben dürften. Obwohl es sich bei den hier betrachteten Interventionen um einen aufwändigen aufsuchenden Ansatz handelt, konnten seit 2010 rund 7% dieser Personen mit Rauchstopp-Veranstaltungen (und z.T. mit Kursen) erreicht werden²¹¹.

²⁰⁹ Etwa 70% der 75'000 Türcinnen und Türken (türkische Staatsbürgerschaft) in der Schweiz sind älter als 20 Jahre (52'000 Personen, zusammengesetzt aus rund 46'600 der in der Schweiz geborenen und 5'370 der in der Türkei geborenen ab 20 Jahren). Wenn angenommen wird, dass auch von den Schweizerinnen und Schweizern mit türkischem Hintergrund rund 70% älter als 20 Jahre alt sind (dazu gibt es keine genaue Zahl), dann wären dies nochmals ca. 31'500 Personen. (Haab et al. 2010)

²¹⁰ GMM II, allerdings Altersgruppe 17-74 Jahre

²¹¹ 2'783 Rauchende an Infoveranstaltungen (gesamthaft 4'820 Teilnehmende) + 373 Rauchende in Kursen (Statistik ISGF).

9.5.6 Das Wirkungspotenzial der Sensibilisierungs- und Informationsarbeit

Vgl. Wirkungsbeziehungen 4, 5, 6, 9 und 11 sowie die entsprechenden Wirkungsziele

In der Fachliteratur wird empfohlen, Medien der Migrationsbevölkerung für die Vermittlung von Präventionsbotschaften zu nutzen (Kaya 2014). Es hat sich auch in der Evaluation gezeigt, dass Medien in der Muttersprache für die türkisch/kurdische Migrationsbevölkerung eine wichtige Informationsquelle zum Thema Rauchstopp sind. Zudem sind türkisch/kurdisch-sprachige Medien am Thema Rauchstopp interessiert und sie beteiligen sich aktiv an entsprechenden Zusammenarbeiten (Erfahrungen der Projektleitungen in der aktuellen Phase sowie Arnold et al. 2013a).

Die Evaluation der vorangehenden Projektphase deutete darauf hin, dass mit den Informationsveranstaltungen (und weiteren Sensibilisierungsmassnahmen) die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden gestärkt werden konnte. Es hatte sich gezeigt, dass das tabakspezifische Wissen und die Bekanntheit von Rauchstopppangeboten zwischen t1 und t2 signifikant zugenommen haben, Einstellungen haben sich teilweise signifikant im Sinne der Tabakprävention verändert und die Teilnehmenden sind dem Rauchen gegenüber kritischer geworden (Arnold et al. 2013a, 31f).

Es kann nicht abschliessend beurteilt werden, inwiefern sich die Informationsveranstaltungen auch auf die Rauchstoppmotivation der Teilnehmenden ausgewirkt haben. Die Evaluationsergebnisse deuten zwar darauf hin, dass es nicht nur über Rauchstoppkurse gelungen ist, türkisch/kurdische Migrantinnen und Migranten zu einem Rauchstopp zu bewegen, sondern auch über die übrige Informations- und Sensibilisierungsarbeit im Rahmen des Projekts: Die Hälfte der befragten Veranstaltungsteilnehmenden, die in der Beobachtungszeit mit dem Rauchen aufgehört hat, hat dies mithilfe eines Kurses getan (Arnold et al. 2013a). Es kann allerdings nur schwer abgeschätzt werden, wie viele dieser Personen auch ohne die Veranstaltungen in derselben Zeit mit dem Rauchen aufgehört hätten.

Ein weiteres Ziel der Sensibilisierungsarbeit über die Veranstaltungen war es, die Rauchfreiheit von Vereinslokalen und privaten Räumen (Wohnungen, Autos) zu fördern. Durch das im 2010 in Kraft getretene Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen, welches das Rauchen in öffentlichen Gebäuden untersagt, sind mittlerweile alle besuchten Vereinslokale rauchfrei geworden. Das Gesetz dürfte um Einiges effektiver und effizienter gewesen sein als der Versuch, flächendeckende Rauchfreiheit von Vereinslokalen über Sensibilisierungsmassnahmen zu erreichen. In Bezug auf private Räume haben die Evaluation 2013 und erste Zwischenauswertungen aus dieser Programmphase gezeigt, dass es über die Veranstaltungen und Kurse gelungen ist, Wohnungen vermehrt rauchfrei zu halten, wenn auch die Unterschiede zwischen Nullmessung und Folgemessung nicht gross sind (Arnold et al. 2013a, Zwischenauswertungen ISGF).

9.5.7 Das Wirkungspotenzial der Rauchstoppkurse

Vgl. die Wirkungsbeziehungen 3, 7, 8 und 10 sowie die entsprechenden Wirkungsziele

Die bisherigen Evaluationsergebnisse (aus früheren Programmphasen) zeigen, dass es mittels der Rauchstoppkurse gelingt, die funktionale und die interaktive Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden zu verbessern (Arnold et al 2013b). Falls den Rauchstoppkursen eine Informationsveranstaltung vorausgeht, ist es zwar schwierig, Ergebnisse einem der beiden Interventionen zuzuordnen. Da aber der Rauchstoppkurs viel intensiver ist (bisher 8-9 Kursabende²¹²), ist es wahrscheinlicher, dass ein beobachteter Lerneffekt auf den Kurs zurückzuführen ist.

Ein zentrales Element, auf welchem die Rauchstoppkurse aufbauen, ist dabei die Nutzung starker Beziehungen (sog. ‚strong ties‘) (vgl. Salis Gross et al. 2012). In verschiedenen Studien wurde der

²¹² Neu sind es nur noch 6 Kursabende.

Einfluss starker Beziehungen auf das Gesundheitsverhalten untersucht und eine unterstützende Rolle für unterschiedliche Präventionsfelder nachgewiesen (Salis Gross 2010 und Salis Gross et al. 2012, basierend u.a. auf Christakis/Fowler 2008, Christakis/Fowler 2007, Bond 2009). In der Evaluation der Kurse von 2012 zeigte sich, dass in allen Kursen starke Beziehungen unter den Kursteilnehmenden vorherrschend waren²¹³ (Arnold et al. 2013b) und in Evaluationen des Projekts Tiryaki Kukla erweisen sich diese starken Beziehungen als wichtige Unterstützer beim Rauchstopp (u.a. Schnoz et al. 2011, Arnold et al. 2013b). Die Wirksamkeit starker Beziehungen wurde in der Projektevaluation bisher nicht systematisch quantitativ untersucht.

Von Mitte 2014 bis Ende 2017 wurden insgesamt 25 Kurse mit total 168 Teilnehmenden durchgeführt. Durchschnittlich haben rund 70% einen Rauchstoppversuch von mindestens einem Tag unternommen (Zielwert: 60%). Nach drei bis vier Monaten waren durchschnittlich rund 35% der Kursteilnehmenden rauchfrei (Zielwert: 50%) und nach einem Jahr rund 38% (Zielwert 40%). Zum Vergleich: In den Rauchstoppkursen des Jahres 2012 lag die Rauchstopprate nach einem Jahr bei sehr hohen 56.8%. (Arnold et al. 2013b) Die angestrebten Ziele für Rauchfreiheit sind in diesen Kursen deutlich höher angesetzt als die Erfolgsraten anderer Rauchstoppkurse²¹⁴.

Es gibt aus den Kursevaluationen 2012 sowie aus den Auswertungen dieser Programmphase leichte Hinweise darauf, dass die Kurse auch dazu beitragen, private Räume rauchfrei zu halten. Erfreulicherweise wird bereits bei der Nullmessung und noch deutlicher bei der Folgemessung zu Hause meistens ausschliesslich im Freien geraucht (Balkon/Garten/Dachterrasse). (Arnold 2013b, 21; Zwischenauswertung ISGF 2016)

9.5.8 Der Beitrag dieses Interventionsansatzes zur Senkung des Anteils von Rauchenden in der türkisch/kurdischen Bevölkerung

Vgl. die Wirkungsbeziehungen 13 und 15

Mit Informationsveranstaltungen und Rauchstoppkursen soll ein Beitrag zur Reduktion der Raucherprävalenz in der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung erreicht werden. Die Migrationsbevölkerung aus der Türkei liegt mit einer Prävalenzrate von 29.5% (täglicher Tabakkonsum) bei den Frauen und von 55.2% bei den Männern im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen an der Spitze (Guggisberg et al. 2011).

Obwohl die Rauchstoppkurse ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis zeigen (Arnold et al. 2013 a), führen sie alleine kaum messbar zu einer Reduktion der Raucherprävalenz in der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung. Wenn mit den Kursen 40% der Kursteilnehmenden längerfristig rauchfrei würden, wären dies mit Bezug zu den oberen Jahreszielwerten (60 Kursteilnehmende) 24 Personen. Wenn davon ausgegangen werden kann, dass zusätzlich über die Informationsveranstaltungen (ohne Kursbesuche) rund 6% der Teilnehmenden rauchfrei werden²¹⁵, wären dies bei jährlich 320 Teilnehmenden weitere 19 Personen. Diese 43 Personen würden ca. 0.1% der rund 40'000 Rauchenden mit türkisch/kurdischem Migrationshintergrund entsprechen. Allerdings gilt es zu bedenken, dass ein Teil dieser Personen womöglich auch ohne die Veranstaltungen und Kurse mit

²¹³ „In allen Gruppen waren ‚strong ties‘ von Anfang an in verschiedenem Ausmass gegeben, indem die Teilnehmenden jeweils Mitglieder derselben Organisation waren, sich von Vereinsaktivitäten her kannten und/oder miteinander befreundet resp. teilweise auch verwandt waren.“ (Arnold et al. 2013b, 8)

²¹⁴ In Rauchstoppkursen der Krebsliga liegen die Abstinenzraten ein Jahr nach Kursende bei durchschnittlich 16-30% (u.a. Schmid et al. 2007, Krebsliga Zürich (o.J.) und Aussagen der Projektleiterin Tiryaki Kukla).

²¹⁵ In der Befragung der Veranstaltungsteilnehmenden (Arnold et al. 2013a) hat sich gezeigt, dass 52 Personen oder 12.2% der Befragten mit dem Rauchen aufgehört haben, niemand in derselben Zeit aber mit Rauchen angefangen hat. Von diesen ‚quitters‘ hat die Hälfte angegeben, mithilfe eines Rauchstoppkurses das Rauchen aufgeben zu haben. Es bleiben also rund 6% ohne Rauchstoppkurs.

Rauchen aufgehört hätte. Eine Hochrechnung²¹⁶ lässt davon ausgehen, dass in der Schweiz jedes Jahr rund 4% der Rauchenden erfolgreich mit dem Rauchen aufhören (natürlich kommen leider immer wieder neue Rauchende dazu). Das sind deutlich weniger als die 12% der befragten Veranstaltungsteilnehmenden, die innerhalb eines Jahres (mit und ohne Kurse) rauchfrei geworden sind. Dies spricht dafür, dass der aufsuchende Interventionsansatz erfolgreich ist.

Studien zu sozialen Netzwerken belegen den wirkungsverstärkenden Charakter von Netzwerken mit starken Beziehungen („strong ties“) (Christakis/Fowler 2007, 2008 und 2010, Fowler/Christakis 2008). Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass über die Zeit zusätzliche Personen aus dem Umfeld der Veranstaltungs- und Kursteilnehmenden und insbesondere der neuen Rauchfreien ebenfalls rauchfrei werden.²¹⁷ Es gibt aber bisher keine Anhaltspunkte, die es ermöglichen würden, das Ausmass dieses Zusatznutzens plausibel abzuschätzen.

Ein weiterer Wirkungsweg zur Rauchfreiheit führt über rauchfreie Vereine und private Räume (WB 15). Es konnte eine Studie gefunden werden, welche einen positiven Einfluss von rauchfreien Privaträumen auf das Rauchverhalten (auch auf Rauchstopps), besonders bei Personen mit tiefem sozioökonomischem Status, nachweist.²¹⁸ (Vijayaraghavan 2013)

9.5.9 Einfluss des Projekts auf den Normenwandel hin zum Nichtrauchen

Vgl. die Wirkungsbeziehungen 12 und 14

Der Einfluss der Sensibilisierungsarbeit, der Informationsveranstaltungen und der Rauchstoppkurse auf einen Normenwandel in der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung hin zum Nichtrauchen ist kaum abschätzbar. Durch die regelmässigen Kampagnen in den Medien der Zielgruppe und über die Vereine dürfte das Thema in der entsprechenden Bevölkerungsgruppe einen gewissen Bekanntheitsgrad erreicht haben, der aber zahlenmässig nicht abschätzbar ist. Die Sensibilisierungsarbeit wird unterstützt durch die intensiven Tabakpräventionskampagnen der staatlichen Medien in der Türkei.

Über den intensiven aufsuchenden Ansatz der Informationsveranstaltungen und Kurse kann nur ein begrenzter Anteil der Migrationsbevölkerung direkt erreicht werden, die jährlichen Teilnehmendenzahlen (ausgehend vom oberen Zielwert von 320 Personen) entsprechen etwa 0.4% der Migrationsbevölkerung mit türkisch/kurdischem Hintergrund²¹⁹. Aber auch hier kann von einer Wirkungsverstärkung über soziale Netzwerke ausgegangen werden.

²¹⁶ In der Schweiz rauchen etwa 25% der erwachsenen Bevölkerung, was ca. 1.81 Mio. Menschen ab 15 Jahren entspricht. Rund 20% sind Ex-Rauchende (Keller et al. 2011), also rund 350'000 Personen. Etwa jede/r vierte Rauchende (24%) macht jedes Jahr einen Rauchstopp (Kuendig et al. 2016). Bei rund 1.81 Mio. Rauchenden in der Schweiz würde dies rund 434'400 Personen entsprechen, die jährlich einen Rauchstopp machen. Aufgrund der Zahlen aus dem Tabakmonitoring (Keller et al. 2011) kann hochgerechnet werden, dass jedes Jahr etwa 4% der Rauchenden erfolgreich mit dem Rauchen aufhören (10'046 Befragte, davon 2'686 Rauchende (gewichtet, 27%), und 1933 Ex-Rauchende (20%). Von den Ex-Rauchenden haben 632 in den letzten 5 Jahren aufgehört, also etwa 126 pro Jahr. 126 auf 2'686 Rauchende ergibt 4.7%). Das wären rund 85'000 Personen. Die Hochrechnung lässt auch schätzen, dass etwa jeder fünfte Rauchstopp erfolgreich ist.

²¹⁷ „Smoking cessation by a spouse decreased a person's chances of smoking by 67% (95% confidence interval [CI], 59 to 73). Smoking cessation by a sibling decreased the chances by 25% (95% CI, 14 to 35). Smoking cessation by a friend decreased the chances by 36% (95% CI, 12 to 55). Among persons working in small firms, smoking cessation by a coworker decreased the chances by 34% (95% CI, 5 to 56). Friends with more education influenced one another more than those with less education. These effects were not seen among neighbors in the immediate geographic area.“ (Christakis/Fowler 2008, 2249)

²¹⁸ „High cigarette prices and especially smoke-free homes have the potential to reduce smoking behaviors among low-income individuals. Interventions are needed to increase adoption of smoke-free homes among lowincome populations to increase cessation rates and prevent relapse.“ (Vijayaraghavan 2013, 2276)

²¹⁹ Ausgehend von 120'000 Mitgliedern der türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung resp. 83'000 ab 20 Jahren.

Es gibt aus der Evaluation keine direkten Hinweise darauf, inwiefern sich die Sensibilisierungs- und Informationsarbeit auf einen Normenwandel in der türkisch/kurdischen Bevölkerung ausgewirkt hat. Wenn man sich zur Beurteilung eines Normenwandels auf die Indikatoren Rauchstopps und rauchfreie Vereine resp. private Räume als Proxys abstützt, zeigt die Evaluation 2013 einen leichten positiven Einfluss des Projekts (Arnold et al. 2013). Darüber hinaus kann diese Wirkungsbeziehung nicht beurteilt werden.

Es wurde kaum Literatur gefunden, die für oder gegen die Wirksamkeit von Interventionsansätzen spricht, die über die Beeinflussung sozialer Normen das Gesundheitsverhalten positiv verändern wollen. Eine systematische Review zu entsprechenden Ansätzen im Bereich der Tabakprävention an Universitäten und Colleges hat keine resp. kaum messbare Wirkungen zeigen können²²⁰ (Foxcroft et al. 2015). Zum Einfluss von Präventionsstrategien/Policies auf die Raucherprävalenzen (und auf diesbezügliche gesundheitliche Ungleichheit) gibt es hingegen klare Evidenz. Wenn diese Strategien als Ausdruck gesellschaftlicher Normen gesehen werden, dann kann eine entsprechende Wirkungsbeziehung durchaus begründet werden (European Commission 2014, WHO World Report 2015)

9.5.10 Über- und Unterschätzung des Wirkungspotenzials

Die wöchentlichen CO-Messungen liefern zuverlässige Daten zum Rauchstatus der Kursteilnehmenden während der Kursdauer. Die FollowUp-Befragung zum Rauchstatus ein Jahr nach Beendigung des Kurses erfolgt hingegen telefonisch und die entsprechenden Ergebnisse dürften weniger zuverlässig sein.

Es gibt einige Argumente, die für eine Überschätzung des dargelegten Wirkungspotenzials sprechen:

- **Soziale Erwünschtheit:** Es ist möglich, dass einige Personen ihren Rauchstatus bei der Nachbefragung etwas beschönigt haben.
- **Auch ohne Teilnahme rauchfrei:** Ein Teil der Rauchfreien hätte womöglich auch ohne Veranstaltungs- oder Kursbesuch mit dem Rauchen aufgehört.
- **Rückfälle:** Ein Teil der nach 12 Monaten noch immer Rauchfreien dürfte wieder mit dem Rauchen begonnen haben.

Hingegen könnte die sogenannte 'soziale Ansteckung' dazu geführt haben, dass Rauchende aus dem sozialen Umfeld der neu Rauchfreien auch mit dem Rauchen aufgehört haben²²¹. Die Wirksamkeit dieser sog. 'strong ties' wurde in der Projektevaluation nicht quantitativ untersucht.

9.5.11 Gesamtbeurteilung dieses Interventionsansatzes

Der vorliegende Interventionsansatz hat das Potenzial, besonders vulnerable und mit herkömmlichen Interventionen nur schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen für das Thema Tabak zu sensibilisieren und Migrantinnen und Migranten punktuell zu erfolgreichen Rauchstopps zu motivieren. Selbstorganisationen (Vereine, Moscheen, informelle Gruppierungen) der Migrationsbevölkerung sind der wichtigste Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe und die Nutzung sog. starker Beziehungen

²²⁰ "The main results of this review indicate that no substantive meaningful benefit is associated with social norms information interventions for alcohol misuse by university or college students." (Foxcroft et al. 2015)

²²¹ Christakis und Fowler (2008) haben in ihren Studien gezeigt, dass rauchfrei werdende Personen einen grossen Einfluss auf das Rauchverhalten im engeren sozialen Umfeld haben. Wenn beispielsweise ein/e Ehepartner/-in mit dem Rauchen aufhört, steigt die Wahrscheinlichkeit auf 67%, dass auch der andere Ehepartner mit dem Rauchen aufhört. Unter Freunden und Arbeitskolleg/-innen in kleinen Firmen kann mit einem Effekt von rund 35% gerechnet werden, unter Geschwistern mit 25%, unter Nachbarn ist diese 'soziale Ansteckung' nicht feststellbar.

erweist sich als Erfolgsfaktor sowohl bei der Rekrutierung von Kursteilnehmenden als auch in den Kursen selber. Der aufsuchende Ansatz über die Selbstorganisationen ist zwar sehr aufwändig, legitimiert sich aber durch das regelmässige Zustandekommen von Informationsveranstaltungen und Kursen, durch die in der Regel hohen Halte- und Erfolgsquoten in den Kursen sowie durch das Einüben von Gesundheitskompetenz, was nur möglich ist in mehrmaligen Interventionen über längere Zeit. Sowohl die Fachliteratur wie auch die Begleitgruppe zur Kontributionsanalyse sprechen sich eindeutig dafür aus, Rauchstopppangebote auf vulnerable Gruppen auszurichten und gleichzeitig Gesundheitskompetenz einzuüben, um die Schere zwischen gesundheitlich Privilegierten und Benachteiligten nicht weiter zu öffnen, sondern tendenziell zu schliessen. Das Projekt Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung ist ein gelungener Ansatz zur Öffnung des Gesundheitssystems für die Migrationsbevölkerung.

In der aktuellen Programmphase konnten die hohen Haltequoten der Vorjahre in den Kursen erreicht werden und die Kurse haben ihre längerfristige Wirksamkeit unter Beweis gestellt, wenn auch der entsprechende Zielwert (40% der Teilnehmenden ein Jahr nach Kursende noch immer rauchfrei) mit 38% knapp nicht erreicht werden konnte. Dass die Rauchfrei-Raten nach dem Kursbesuch nicht mehr so hoch sind wie in früheren Programmphasen könnte gemäss der Projektleitenden damit zusammenhängen, dass die Weiterbildungen in den letzten Jahren stärker auf individuelle Rauchstoppberatung ausgerichtet waren und gruppenspezifische Aspekte etwas vernachlässigt wurden. Es wird vermutet, dass es mit einem stärker individualisierten Ansatz nicht oder nicht gleich gut gelingt, das Potenzial starker Beziehungen in den Rauchstoppkursen auszuschöpfen. Entsprechend wird empfohlen, die aktuelle Umsetzung des Kurskonzepts in der Praxis zu überprüfen und die Kurse (wieder) konsequent auf die Nutzung der Gruppendynamik auszurichten. Es ist aber auch möglich, dass mit den Kursen in bestimmten Vereinen mittlerweile eine gewisse Sättigung erreicht ist. Ob mit Folgekursen vermehrt Teilnehmende mit einer weniger hohen Ausstiegsmotivation erreicht werden als mit früheren Kursen, soll durch das projektleitende Institut überprüft werden.

Obwohl es sich um einen aufwändigen aufsuchenden Interventionsansatz handelt, konnten mit den Veranstaltungen (und Kursen) seit 2010 rund 7% der rauchenden türkisch/kurdischen Migrationsbevölkerung erreicht werden. Wichtiger als die quantitativen Ziele scheint allerdings der Beziehungsaufbau zu den Vereinen zu sein, der über die Veranstaltungen hinaus wirksam werden soll, um in diesen Settings längerfristig zu einem Normenwandel hin zu Rauchfreiheit beizutragen und regelmässig Teilnehmende für Rauchstoppkurse zu rekrutieren. In der aktuellen Programmphase konnten mit Informationsveranstaltungen zwar sehr viele Migrantinnen und Migranten erreicht werden, es resultierte aber statt aus jeder zweiten nur aus jeder vierten Veranstaltung ein Rauchstoppkurs. Es hat sich gezeigt, dass starke Beziehungen nicht nur für den Erfolg in den Rauchstoppkursen, sondern auch für die Rekrutierungsarbeit wichtig sind. Rauchstoppkurse scheinen dort eher zustande zu kommen, wo die Kursleitenden selber gut vernetzt sind.

Die Beiträge rund um Tabakprävention und Rauchstopp in den türkischsprachigen Medien der Migrationsbevölkerung können einen wirkungsverstärkenden Effekt in Richtung Normenwandel in den einzelnen Settings (Vereinen) haben, weil diese Medien von der Migrationsbevölkerung stark beachtet werden. Allerdings lässt sich der Netto-Effekt dieser Massnahmen nicht nachweisen. Zur Rekrutierung von Kursteilnehmenden eignen sich die Beiträge in türkischsprachigen Medien kaum.

Der hier ausgewerteten Projekte haben das Potenzial, einen wichtigen Beitrag zur Tabakprävention in der Migrationsbevölkerung zu leisten und jährlich ein bis zwei Dutzend Migrantinnen und Migranten, die mit herkömmlichen Präventionsansätzen eher nicht erreicht worden wären, in die Rauchfreiheit führen.

10 Zusammenfassende Beurteilung des Nationalen Rauchstopp-Programms

Das untersuchte Nationale Rauchstopp-Programm (NRP) hat mit insgesamt acht Projekten drei unterschiedliche Interventionsachsen kombiniert. Im ersten Interventionsansatz hat es mit dem Projekt 'Rauchstoppwettbewerb' die rauchende Bevölkerung über unterschiedliche Kanäle und unter Einbezug verschiedener Partner direkt angesprochen. Im zweiten Interventionsansatz hat es fünf Projekte gebündelt, in denen verschiedene medizinische Fachpersonen hinsichtlich Interventionen zum Rauchstopp sensibilisiert und qualifiziert werden. Der dritte Interventionsansatz schliesslich hat die türkisch-kurdische und die albanisch-sprachige Migrationsbevölkerung in je einem Projekt mit Sensibilisierungsveranstaltungen und Rauchstoppkursen gezielt angesprochen.

In der hier beurteilten Phase des Nationalen Rauchstopp-Programms wurden die verschiedenen Projekte des Programms stärker als bisher aus einer übergeordneten Programmlogik und ausgehend von projektübergreifenden Programmzielen geplant. Ein zu Beginn entwickeltes Wirkungsmodell mit Programmzielen bildete den Rahmen für die drei Interventionsachsen und die vielfältigen Massnahmen. Zudem wurden projektübergreifende Grundleistungen für das Programm definiert, die in jährlichen Selbstevaluationsworkshops gemeinsam mit allen Projektleitenden reflektiert und weiterentwickelt wurden. Im Rahmen der vorliegenden Kontributionsanalyse wurden die verschiedenen Evaluationsmassnahmen, die sich aus den drei Interventionsansätzen und den Teilprojekten ergaben, aufeinander abgestimmt und die entsprechenden Fragestellungen und Erhebungsinstrumente wo möglich harmonisiert.

10.1 Das Wirkungspotenzial der drei Interventionsansätze

Die drei untersuchten Interventionsansätze haben ihre Wirkung über sehr unterschiedliche Wege entfaltet:

Mit dem **Rauchstoppwettbewerb** war es durch Einbindung von Betrieben, von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Gesundheitsbereich und von kantonalen und lokalen Partnerorganisationen sowie durch die Nutzung von Synergien mit anderen Projekten möglich, einmal gegen 2'000 Rauchende²²² und einmal über 5'000 Rauchende²²³ zu einem Rauchstoppversuch zu motivieren und rund einen Drittel von ihnen (rund 600 resp. 1'700 Rauchende) längerfristig (mind. 6 Monate) in die Rauchfreiheit zu führen. Die Evidenzen zur Wirksamkeit von Quit and Win Interventionen sind uneinheitlich, belegen aber mehrheitlich die Wirksamkeit von Rauchstoppwettbewerben (Cahill/Perera 2011); internationale Studien gehen von durchschnittlichen Erfolgsraten (> 1 Jahr rauchfrei) von Rauchstoppwettbewerben von rund 20% aus (Sandstrom et al. 2002 zit. in Cahill/Perera 2011). In den Teilnehmendenbefragungen im Rahmen der Evaluation des Rauchstoppwettbewerbs hat sich gezeigt, dass die Wettbewerbsteilnehmenden zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil auf evidenzbasierte Rauchstopphilfen zurückgegriffen haben, was die vergleichsweise hohen Erfolgsquoten des Rauchstoppwettbewerbs gegenüber zum Beispiel den Erfolgsraten bei Selbstaufhörenden erklären kann.

Trotz der eindrücklichen absoluten Zahlen ist das Wirkungspotenzial des Rauchstoppwettbewerbs bezogen auf die Gesamtpopulation der Rauchenden bescheiden. Ausgehend von den ca. 1.81 Mio. Rauchenden in der Schweiz und von rund 2'000 (2016) bis etwas über 5'000 (2017) Teilnehmenden am Rauchstoppwettbewerb, und unter der Annahme, dass ca. 1/3 der Teilnehmenden auch nach 6 Monaten noch rauchfrei ist, hat ein Rauchstoppwettbewerb das Potenzial zur Reduktion des Raucheranteils von ca. 0.03 bis 0.09 Prozenten. Ein merklicher Rückgang der Prävalenz der

²²² Rauchstoppwettbewerb 2016: 1'889 Teilnehmende.

²²³ Rauchstoppwettbewerb 2017: 5'228 Teilnehmende.

Rauchenden in der Schweiz wäre grösstenteils auf andere Faktoren als auf den Rauchstoppwettbewerb zurück zu führen. Wenn davon ausgegangen wird, dass jährlich rund 4% der Rauchenden in der Schweiz mit dem Rauchen aufhören, dann sind diese 0.03-0.09% zwar bescheiden, sie liegen aber deutlich höher als in anderen Studien berechnete Raten²²⁴.

Der Vergleich der Rauchstoppwettbewerbe 2016 und 2017 zeigt, dass die Wirkung des Wettbewerbs je nach Format und Begleitmassnahmen stark variieren kann. Der Rauchstoppwettbewerb 2017 hat bei ähnlich hohem Budget über 2.5 mal mehr Teilnehmende verzeichnet als der Wettbewerb 2016. Kriterien für einen erfolgreichen Rauchstoppwettbewerb sind:

- niederschwelliger Zugang (für Rauchende, aber auch für Multiplikatoren wie Betriebe etc.)
- einfache und klare Botschaft (nicht zu kompliziertes Gewinnsystem)
- breites Anschreiben von Multiplikatoren (Apotheken, Arztpraxen etc.)
- Kombination verschiedener Rekrutierungswege (über Praxen, Betriebe, soziale Medien etc.)

Es kann aufgrund der Ergebnisse empfohlen werden, den Rauchstoppevent auch in Folgejahren wieder durchzuführen. Er eignet sich sehr gut als integrierendes Element sowohl im Nationalen Rauchstopp-Programm als auch darüber hinaus. Er dient den Projekten, die sich an die medizinischen Fachpersonen richten, den Projekten für die Migrationsbevölkerung sowie weiteren Projekten ausserhalb des NRP, als Aufhänger für Sensibilisierungs- und Informationsaktivitäten. Die verschiedenen Rekrutierungswege haben sich bewährt. Entwicklungspotenzial gibt es bei der Rekrutierung von Teilnehmenden, u.a. durch stärkere Nutzung sozialer Medien. Aufgrund der schlechten Erfahrungen mit der doppelten Verlosung muss empfohlen werden, sich auch künftig wieder auf den einmonatigen Rauchstoppwettbewerb zu beschränken. Möglicherweise könnte das Kommunizieren eines 'Rauchstoppmonats' (anstelle des Weltnichtrauchertages) den Bekanntheitsgrad des Events steigern und eine grössere Plattform für Kommunikation und Aktivitäten bieten.

Im zweiten Interventionsansatz hat das Nationale Rauchstopp-Programm die für Tabakprävention und Rauchstopp relevanten **medizinischen Fachpersonen** sehr breit mit aktuellen Informationen erreicht. Ein Teil der medizinischen Fachpersonen wird bereits in der Ausbildung zu den Themen Tabakprävention und Rauchstopp geschult, andere werden primär in Fort- und Weiterbildungen zum Thema qualifiziert. Zur Wirksamkeit von Qualifizierungsmassnahmen von medizinischen Fachpersonen auf das Interventionsverhalten und auf die Rauchstopps der betreuten Rauchenden gibt es eine gute Evidenzbasis. Auch die Befragung der medizinischen Fachpersonen hat gezeigt, dass entsprechend geschulte Fachpersonen in vielen Bereichen ein signifikant besseres Interventionsverhalten zeigen als nicht geschulte. Während beim Rauchstoppwettbewerb die Anzahl rauchfrei gewordener Personen direkt ermittelt werden kann (zumindest annähernd), gibt es beim Interventionsansatz über medizinische Fachpersonen keine Daten zur Wirksamkeit auf Ebene der Rauchenden. Hochrechnungen, welche Einschätzungen der medizinischen Fachpersonen zum Erfolg ihrer Interventionen und die Wirksamkeit evidenzbasierter Aufhörhilfen berücksichtigen, lassen schätzen, dass jährlich rund 2'000 bis 10'000 neu rauchfrei werdenden Personen dem Nationalen Rauchstopp-Programm zugerechnet werden können (vgl. Wirkungsbeziehung 17, Kap.8.4.17). Dies entspricht rund 0.1 bis 0.5% der Rauchenden in der Schweiz resp. 3-14% der jährlich Aufhörenden.

Um das Wirkungspotenzial dieses Interventionsansatzes weiter steigern zu können, kann dort angesetzt werden, wo sich im Moment die grössten Lücken zeigen und wo sich interessante Weiterentwicklungsmöglichkeiten bieten. Diese wäre u.a. in folgenden Bereichen:

- Intensivierung der Bemühungen zur Verankerung der Themen Tabakprävention und Rauchstopp in den Ausbildungsgängen der Ärzteschaft (klinische Semester) und in den Fort- und Weiterbildungen der Zahnmedizin und der Pharmazie.

²²⁴ Controlled trials suggest that quit and win contests may help some smokers to quit, but they have little effect on community smoking rates. Fewer than one smoker in 500 quits because of the contests (Cahill/Perera 2011, 2)

- Etablieren eines ganzheitlichen Präventionsansatzes in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, welcher allgemeine Handlungsansätze in der Präventionsarbeit (z.B. Motivational interviewing) themenübergreifend angeht, um erst in einem zweiten Schritt thematisch zu vertiefen (Rauchstopp, medikamentöse Alkoholentwöhnung etc.).
- Förderung der Kombination verschiedener evidenzbasierter Aufhörhilfen (insb. medikamentöse Behandlung und Beratung).
- Anbieten von praktischen Hilfen für medizinische Fachpersonen, welche die Kurzinterventionen und Beratungen erleichtern (mit Blick auf die genannten Hinderungsgründe wie mangelnde Ausbildung, fehlende Zeit, kein Interesse der Rauchenden).
- Ergänzung der individuellen Qualifizierung von medizinischen Fachpersonen mit einem Settingansatz (systematischer Umgang von Praxen und Apotheken mit dem Thema Rauchstopp).

Mit einem arbeitsintensiven dritten Interventionsansatz hat das NRP gezielt Rauchende angesprochen, welche besonders hohe Raucherprävalenzen aufweisen, über vergleichsweise tiefere Gesundheitskompetenzen verfügen und mit Tabakpräventionsbotschaften eher schwer zu erreichen sind. Dem NRP ist es - in zahlenmässig allerdings bescheidenem Ausmass - gelungen, Rauchende aus der **türkisch-kurdischen** und aus der **albanisch-sprachigen Migrationsbevölkerung** über Sensibilisierungsveranstaltungen und weitere Informationsstrategien zu erreichen und für die Teilnahme an Rauchstoppkursen zu motivieren. Insgesamt konnten gegen 2'000 Personen aus der Migrationsbevölkerung zur Teilnahme an Sensibilisierungsveranstaltungen und 168 Rauchende für die Teilnahme an einem Rauchstoppkurs gewonnen werden. Bei einer Erfolgsquote der Rauchstoppkurse von 38%²²⁵ sind dies 64 neu rauchfreie Personen (mind. 1 Jahr) über die gesamte Programmdauer resp. 18 neu Rauchfreie pro Jahr. Würden alle Rauchstoppkurse direkt aus Sensibilisierungsveranstaltungen entstehen, würde dies bedeuten, dass jede/r zwölfte Veranstaltungsteilnehmende resp. rund jede/r fünfte rauchende Veranstaltungsteilnehmende²²⁶ einen Rauchstoppkurs besucht.

Obwohl den Rauchstoppkursen ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis bescheinigt wird (Arnold et al. 2013 a), führen sie alleine kaum messbar zu einer Reduktion der Raucherprävalenz in der Migrationsbevölkerung. Bei der türkisch-kurdischen Migrationsbevölkerung würden die jährlich durchschnittlich 13 durch Kurse neu rauchfreien Personen 0.03% der türkisch-kurdischen Rauchenden entsprechen. Würde man weitere 33 Personen hinzuzählen, welche durch Informationsveranstaltungen (ohne Kurse) jährlich rauchfrei werden²²⁷, wären dies insgesamt ca. 0.1% der rund 40'000 Rauchenden mit türkisch/kurdischem Migrationshintergrund.

In der Fachliteratur wird empfohlen, Rauchstopppangebote auf vulnerable Gruppen auszurichten, um die Schere zwischen gesundheitlich Privilegierten und Benachteiligten nicht weiter zu öffnen, sondern tendenziell zu schliessen²²⁸. Die 'aufsuchende' Präventionsarbeit über Vereine der Migrationsbevölkerung ist sehr aufwändig, aber in zweierlei Hinsicht lohnenswert: Einerseits werden über diesen Ansatz Rauchende erreicht, die mit herkömmlichen Ansätzen nur schwer erreichbar sind und andererseits kann die Thematisierung von Tabakkonsum und Rauchstopp in Vereinen der Migrationsbevölkerung zu einem Bewusstseinswandel in diesen Bevölkerungsgruppen führen und Werte und Normen längerfristig beeinflussen.

²²⁵ Diese Erfolgsquote wurde in den Kursen von Mitte 2014 bis Ende 2016 erreicht, aus den Kursen 2017 werden die FollowUp-Daten erst Ende 2018 vorliegen.

²²⁶ Zahlen dazu gibt es in der Evaluation 2013 (Arnold et al. 2013a). rund 40% der dort befragten Veranstaltungsteilnehmenden waren Rauchende, 60% Nichtraucher.

²²⁷ In der Befragung der Veranstaltungsteilnehmenden (Arnold et al. 2013a) hat sich gezeigt, dass 52 Personen oder 12.2% der Befragten mit dem Rauchen aufgehört haben, niemand in derselben Zeit aber mit Rauchen angefangen hat. Von diesen 'quitters' hat die Hälfte angegeben, mithilfe eines Rauchstoppkurses das Rauchen aufgegeben zu haben. Es bleiben also rund 6% ohne Rauchstoppkurs.

²²⁸ „Interventions need to be effectively targeted at smokers in low socio-demographic groups, as untargeted interventions may actually increase inequalities despite reducing overall prevalence. » (European Commission 2014, 19). Vgl. auch Pfluger et al. 2009 sowie Domenic und Cattacin 2015.

10.2 Projektübergreifende Grundleistungen

Die Kurzberichte, welche die Ergebnisse der jährlichen Workshops zusammenfassen, geben einen Überblick über den Entwicklungsprozess in diesen Grundleistungen. An dieser Stelle sollen nur einige zusammenfassende Erkenntnisse wiedergegeben werden, die auf den Beitrag der Grundleistungen zur Zielerreichung des NRP hinweisen:

- Die Grundleistungen waren ein zentrales Element der Entwicklung und Implementierung einer Programmlogik. Die jährlichen Reflexionsworkshops waren die einzigen Gefässe, in welchen sich alle Projektleitenden regelmässig projektübergreifend austauschen und eine gemeinsame Perspektive entwickeln konnten. Sonst fand der Austausch hauptsächlich bilateral und projektbezogen statt.
- Die ersten vier Grundleistungen bildeten Grundlagen, auf welche die Projekte in ihrer Alltagsarbeit aufbauen konnten. Durch Vernetzung und Koordination wurden Synergien zwischen den Projekten aber auch mit anderen Akteuren besser sichtbar und teilweise auch stärker genutzt. Durch eine projektübergreifende Kommunikation und Information wurde die Sichtbarkeit und Bedeutung des Programms verstärkt, was einen guten Boden für die Zusammenarbeit mit Partnern in der Praxis bildete. Alle Projekte stützten sich auf die Infomaterialien und Rauchstopphilfen ab, die das Programm entwickelte und das zentrale Wissensmanagement ermöglichte eine effiziente Beschaffung, Beurteilung und Verbreitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und förderte die Verbreitung der Erkenntnisse aus den Projekten im Programm und über das Programm hinaus.
- Die Grundleistungen haben in einigen Bereichen zu einer stärkeren Harmonisierung der Arbeiten in den Projekten und somit zur stärkeren Nutzung von Synergien geführt (Dokumentenablage, Kursevaluation, Kommunikation, Wissensmanagement).
- Über die ersten beiden Jahre dieser Programmphase hat sich gezeigt, dass aufgrund hoher Erwartungen an die Grundleistungen jeweils zu viele Ziele formuliert wurden, die aber nur zum Teil erreicht werden konnten. Das NRP nahm sich in Bezug auf die Grundleistungen tendenziell zu viel vor. Für die Projektleitenden und für die Programmleitung war es eine Herausforderung, sich einerseits auf die Interventionsprojekte zu konzentrieren und andererseits parallel dazu im Bereich Grundleistungen viele weitere Ziele zu verfolgen. Dort, wo die Projektarbeit eine übergreifende Zusammenarbeit erforderte, die Zuständigkeiten klar definiert waren und 'deadlines' drängten, wurden die Ziele am ehesten erreicht.
- Durch die gleichzeitige Umsetzung von Projekten und Grundleistungen waren diese eng miteinander verknüpft. Erfahrungen aus der Projektpraxis flossen direkt in die Erbringung von Grundleistungen ein und durch die grosse Nähe wurden Synergien durch Grundleistungen wahrscheinlicher.

In der Evaluation wurde aber auch deutlich, dass die Projektperspektive im Vergleich zur gewünschten Programmperspektive noch immer zu dominant war. In den Programmzielen wurden teilweise zu unterschiedliche projekt- oder berufsgruppenspezifische Ziele gebündelt und es fehlten zum Teil explizite Programmstrategien zur Erreichung der Ziele und zur Nutzung der Synergien zwischen den verschiedenen Interventionsansätzen.

10.3 Gesamtbeurteilung

Die Kontributionsanalyse zeigt, dass die Wirkungslogik der drei untersuchten Interventionsansätze plausibel ist, auch wenn die beabsichtigten Leistungs- und Wirkungsziele nicht in vollem Umfang erreicht werden konnten und der Einfluss des NRP auf die Raucherprävalenz in der Schweiz bescheiden ist. Gemäss Hochrechnungen der Kontributionsanalyse dürfte das NRP jährlich einige

Tausend Rauchende²²⁹ in die Rauchfreiheit führen und es hat damit das Potenzial, die Raucherprävalenz um 0.1 und 0.6% zu senken. Dabei hat der Interventionsansatz der Qualifizierung medizinischer Fachpersonen das grösste Wirkungspotenzial, obwohl bei diesem Interventionsansatz – im Unterschied zu den anderen beiden – keine Befragungs- oder Messdaten zur Wirkung auf Ebene der Rauchenden vorliegen (die Wirkung auf die Rauchenden wird von Ergebnissen bei den medizinischen Fachpersonen und anhand von Referenzwerten aus der Literatur hochgerechnet).

Mit allen drei Interventionsansätzen zielt das NRP auf abrupte Rauchstopps ab, was erfolgversprechender ist als ein langsames Aussteigen²³⁰. Die Wirkung des NRP lässt sich allerdings nicht alleine an der Anzahl der neu durch die Interventionen rauchfrei gewordenen Personen festmachen. Nur bei einem geringen Teil der Rauchenden ist der erste Rauchstopp erfolgreich, die meisten Rauchenden benötigen eine Vielzahl von Rauchstoppversuchen, bis sie rauchfrei sind. Über die Anzahl von Rauchstoppversuchen bis zur Rauchfreiheit herrscht Uneinigkeit, Schätzungen reichen von 5-30 Rauchstopps. Zahlen aus der Schweiz lassen vermuten, dass etwa jeder sechste erinnerte Rauchstopp längerfristig erfolgreich ist²³¹. Auch ein kürzerer Rauchstopp ist also ein wichtiges Glied in einem längeren Prozess, der letztlich zur Rauchfreiheit führen kann.

Es gibt weitere Faktoren, welche zu einer Unterschätzung des hochgerechneten Wirkungspotenzials führen können. Der Effekt der 'sozialen Ansteckung', also der Umstand, dass zusätzlich Personen aus dem Umfeld derjenigen, die mit dem NRP in Berührung kamen, einen Rauchstoppversuch unternommen haben. Die soziale Ansteckung ist für verschiedene Präventionsfelder untersucht und beschrieben worden (Christakis und Fowler 2007, 2008 und 2010), so auch für die Tabakprävention²³². Zudem hat das NRP das Potenzial, über die gemessenen Rauchstopps hinaus wirksam zu sein und mit seinen vielfältigen Interventionen einen nicht bezifferbaren Beitrag an einen längerfristigen gesellschaftlichen (Normen-) Wandel leisten.

Auf der anderen Seite gibt es auch Faktoren, die das Wirkungspotenzial des NRP überschätzen. Ein Teil der durch das NRP rauchfrei gewordenen Personen (rauchfrei nach 6 Monaten bzw. einem Jahr) dürfte in der Zwischenzeit rückfällig geworden sein und wieder rauchen.²³³ Zudem dürfte ein Teil der durch das NRP rauchfrei gewordenen Personen auch ohne die Interventionen des NRP rauchfrei geworden sein (die Wirkung des NRP konnte nicht mit einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht werden). Dieser Anteil lässt sich nicht beziffern. Zudem dürfte die 'soziale Erwünschtheit' in

²²⁹ Der Rauchstoppwettbewerb verspricht jährlich zwischen 600-1'700 neue Nichtraucher, die Qualifizierung medizinischer Fachpersonen 2'000-10'000 neue Nichtraucher und die Tabakprävention und die Rauchstoppkurse bei der Migrationsbevölkerung zusätzlich ein paar Dutzend neue Nichtraucher.

²³⁰ Doll et al. 2004, Lindson-Hawley et al. 2016, West 2012, Cahill und Perera 2011.

²³¹ Aufgrund der Zahlen aus dem Tabakmonitoring kann hochgerechnet werden, dass jedes Jahr etwa 4% der Rauchenden erfolgreich mit dem Rauchen aufhören (10'046 Befragte, davon 2'686 Rauchende (gewichtet, 27%), und 1933 Ex-Rauchende (20%). Von den Ex-Rauchenden haben 632 in den letzten 5 Jahren aufgehört, also etwa 126 pro Jahr. 126 auf 2686 Rauchende ergibt 4.7%). Das wären dann rund 85'000 Personen. Die Hochrechnung lässt auch schätzen, dass etwa jeder fünfte Rauchstopp erfolgreich ist (24% machen einen Rauchstopp jährlich, 4.7% einen erfolgreichen).

²³² Christakis und Fowler (2008) haben in ihren Studien gezeigt, dass rauchfrei werdende Personen einen grossen Einfluss auf das Rauchverhalten im engeren sozialen Umfeld haben. Wenn beispielsweise ein/e Ehepartner/-in mit dem Rauchen aufhört, steigt die Wahrscheinlichkeit auf 67%, dass auch der andere Ehepartner mit dem Rauchen aufhört. Unter Freunden und Arbeitskolleg/-innen in kleinen Firmen kann mit einem Effekt von rund 35% gerechnet werden, unter Geschwistern mit 25%, unter Nachbarn ist diese 'soziale Ansteckung' nicht feststellbar.

²³³ Eine grössere, ältere Studie aus den USA zeigt, dass Rauchende, welche einen Rauchstoppversuch von mehr als 3 Monaten gemacht haben, mit einer Wahrscheinlichkeit von rund 90% nach rund 20 Monaten rauchfrei sind (nur 50-60% durchgehend rauchfrei): «Only about 12% of the former smokers who had quit for less than 1 month at baseline remained continuously abstinent at the follow-up interview. This percentage increased to 25% for those who had quit from 1 to less than 3 months; it increased again to 52% if the duration of quitting was from 3 to less than 6 months, but it increased only slightly to 59.2% for those who had quit from 6 to less than 12 months. Overall, the likelihood of remaining continuously abstinent until the follow-up interview was about 90% for former smokers who had quit for 3 months or longer and 95% for those who had quit for 1 year or longer.» Gilpin, Pierce und Farkas 1997.

Befragungen zum Rauchstatus dazu geführt haben, dass einige Befragte angegeben haben, dass sie nun rauchfrei sind, obwohl sie noch rauchen. Auch die Grössenordnung dieses bekannten Effekts lässt sich nicht quantitativ bestimmen.

Es gilt mittlerweile als evidenzbasiert, dass ganzheitliche Interventionsansätze, welche gleichzeitig auf mehreren Wirkungsebenen ansetzen, am wirksamsten sind (z.B. WHO, 1998c, Levy et al. 2010, Abrams et al. 2010). Das NRP fördert die regelmässige und flächendeckende Ansprache von Rauchenden auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Situationen (z.B. in der Arztpraxis, in der Apotheke oder im Spital, über den Betrieb, über Vereine, über soziale Medien). Es will Rauchende einerseits breit ansprechen (z.B. über den Rauchstoppwettbewerb), andererseits in besonders vulnerablen Situationen erreichen (z.B. bei tabakspezifischen Beschwerden). Dabei werden die verschiedenen Interventionsansätze bewusst kombiniert. Der Rauchstoppwettbewerb bietet einen guten Aufhänger für Interventionen von medizinischen Fachpersonen (z.B. Aktionen in Apotheken) oder für die Tabakprävention in der Migrationsbevölkerung (im 2017 wurden z.B. 371 Institutionen und Vereine der Migrationsbevölkerung zum Rauchstoppwettbewerb angeschrieben und mit Material beliefert). Auch die Verknüpfung des Rauchstoppwettbewerbs mit der Rauchstopplinie ist ein Beispiel für eine gelungene Kombination verschiedener Interventionsansätze (rund jede/r fünfte Wettbewerbsteilnehmende wurde auf Wunsch von der Rauchstopplinie kontaktiert).

10.4 Das NRP im Verhältnis zu anderen Projekten und Programmen

Es gibt in der Schweiz einige grössere Projekte oder Programme im Bereich Rauchstopp. Es ist nicht möglich, die Wirkungspotenziale dieser Projekte und Programme eins zu eins miteinander zu vergleichen, da sich die Interventionsansätze einerseits zu sehr unterscheiden und andererseits vergleichbare Daten zum Wirkungspotenzial der verschiedenen Ansätze fehlen. Zudem stehen die verschiedenen Ansätze nicht isoliert nebeneinander, sondern sind teilweise miteinander verbunden (der Rauchstoppwettbewerb profitiert zum Beispiel von der Rauchstopplinie, indem diese Wettbewerbsteilnehmende beim Rauchstopp unterstützt – umgekehrt profitiert die Rauchstopplinie bei der Akquisition von aufhörwilligen Rauchenden vom Rauchstoppwettbewerb).

Ein Kosten-Nutzen-Vergleich ist auf dieser dünnen Datenbasis und aufgrund fehlender Einheitlichkeit bei der Berechnung der Kosten und Wirkungen nicht möglich. Die folgende Tabelle soll dennoch einen Überblick über die verschiedenen Rauchstoppinterventionen und deren finanzielle Grössenordnung bieten, um den Beitrag des NRP zum Rauchstopp in der Schweiz besser abschätzen zu können:

Programm (inkl. Kurzbeschreibung)		Trägerschaft	Finanzielle Grössenordnung ²³⁴ Jährliche Kosten in CHF	Schluss-berichte/ Evaluationen zur Wirksamkeit	Wirkungspotenzial bzgl. Rauchstopps
Nationales Rauchstopp-Programm (NRP)	Rauchstopp-wettbewerb	Arbeits-gemeinschaft Tabakprävention, Krebsliga Schweiz, Lungenliga Schweiz, Schweizerische Herzstiftung	500'000.- Basis: Wettbewerbe 2016 und 2017	vgl. Evaluations-synthese Ackermann 2018 (der vorliegende Bericht)	Rauchfrei nach 6 Monaten: 600 (2016) bis 1670 (2017) resp. 0.03-0.09% der Rauchenden in der Schweiz
	Rauchstopp-interventionen im medizinischen Setting		650'000.- Basis: 2014-2017		Längerfristig rauchfrei: Jährlich ca. 2'000-10'000 resp. max. 0.5% der Rauchenden in der Schweiz
	Tabakprävention und Rauchstopp-kurse für die Migrations-bevölkerung		300'000.- Basis: 2014-2017		Rauchfrei nach einem Jahr: Jährlich rund 0.1% der 40'000 türkisch-kurdischen Rauchenden resp. 0.0025% aller Rauchenden in der Schweiz
Bevölkerungs-kampagne Smokefree		Bundesamt für Gesundheit	2'175'000.- Basis: 2014-2017	Link 2012	Eine Wirkung auf Rauchstopps / Rauchfreiheit konnte bisher nicht nachgewiesen werden

²³⁴ Quelle für die Finanzzahlen sind für die NRP-Projekte die entsprechenden Abrechnungen und für die anderen Projekte und Programme die Budgetzahlen aus den TPF-Gesuchen über die angegebenen Jahre. Es wird lediglich eine grobe Grössenordnung angegeben, da die Projektkosten nicht exakt vergleichbar sind. Die Kosten setzen sich zum Teil sehr unterschiedlich zusammen und enthalten neben den direkten Kosten für Interventionen zum Teil auch Aufbaukosten, Kosten für die Erarbeitung von Grundlagen oder für die Evaluation.

Programm (inkl. Kurzbeschreibung)	Trägerschaft	Finanzielle Grössenordnung²³⁵ Jährliche Kosten in CHF	Schluss-berichte/ Evaluationen zur Wirksamkeit	Wirkungspotenzial <i>bzgl. Rauchstopps</i>
Unternehmen Rauchfrei	Lungenliga beider Basel	1'139'000.- Basis 2015-2018	Quinto & Künzli 2011; Paulin & Vittoz 2011 (Synthese)	Zahlen 2010: 24% der 240 Trainings-teilnehmenden aus 66 Betrieben rauchfrei.
Gesundheits-coaching	Kollegium für Hausarztmedizin	350'000.- Basis: 2015-2018	Keine Zahlen zur Wirksamkeit (Rauchfreiheit) verfügbar	
Frau&Herz Tabakprävention	Schweizerische Herzstiftung	325'000.- Basis: 2014-Mitte 2018	Keine Zahlen zur Wirksamkeit (Rauchfreiheit) verfügbar	
J'arrête	Promotion Santé Valais	800'000.- Basis: 2016	Folly et al. 2016	Im 2016 946 rauchfreie Personen (mind. 6 Monate) resp. 0.05% der Rauchenden in der Schweiz ²³⁶
www.stop-tabac.ch	Université de Genève, Institut de santé globale	240'000.- ²³⁷ Basis : 2014-2018	Keine Zahlen zur Wirksamkeit (Rauchfreiheit) verfügbar	
feel-ok (Rauchstopp ist nur eines von vielen Themen)	Radix	380'000.- Basis: 2015-Mitte 2018	Keine Zahlen zur Wirksamkeit (Rauchfreiheit) verfügbar	
Rauchstopplinie	Krebsliga Schweiz	480'000.- Basis: 2015-2018	Krebs 2013	Gegen 200 rauchfreie Personen (mind. 6-12 Monate) in einem Jahr ²³⁸ resp. 0.01% der Rauchenden in der Schweiz
FTGS (Smokefree Hospitals)	FTGS	< 50'000.- Basis 2014-2016	Keine Zahlen zur Wirksamkeit (Rauchfreiheit) verfügbar	
Total jährlich		7'359'000.-		

Tab. 44 Übersicht Rauchstopp-Projekte und -Programme

Das NRP macht rund 20% der Kosten der aufgeführten Rauchstopp-Projekte und Programme aus. Es ist eines der wenigen Projekte/Programme mit einer Wirkungsevaluation. Auch wenn sich die Kosten

²³⁵ Quelle für die Finanzaufgaben sind für die NRP-Projekte die entsprechenden Abrechnungen und für die anderen Projekte und Programme die Budgetzahlen aus den TPF-Gesuchen über die angegebenen Jahre. Es wird lediglich eine grobe Grössenordnung angegeben, da die Projektkosten nicht exakt vergleichbar sind. Die Kosten setzen sich zum Teil sehr unterschiedlich zusammen und enthalten neben den direkten Kosten für Interventionen zum Teil auch Aufbaukosten, Kosten für die Erarbeitung von Grundlagen oder für die Evaluation.

²³⁶ «Les résultats de l'évaluation montrent un maintien de l'arrêt après 6 mois de programme pour, au moins, 13,5% des participants. Rapporté sur les 7'008 inscrits aux pages, cela signifie que 946 d'entre eux ont réussi à arrêter de fumer pendant 6 mois.» (Folly et al. 2016, S. 3)

²³⁷ Das Projekt erreicht sehr viele Leute in Frankreich, es ist daher schwierig, die Kosten der Tabakprävention in der Schweiz zuzuweisen.

²³⁸ 1'131 beratene Personen in rund 19 Monaten (2010/2011). «6 bzw. 12 Monate nach der Basisdatenbefragung rauchten 27.6% bzw. 28.5% der beratenen Personen nicht mehr, wovon 25.3% bzw. 26.3% seit mindestens 30 Tagen abstinent waren.» (Krebs 2013, 41).

und Wirkungen der verschiedenen Projekte und Programme nicht eins zu eins vergleichen lassen, so zeigt sich doch, dass das Wirkungspotenzial des NRP ähnlich und tendenziell eher grösser ist als jenes der anderen Ansätze mit entsprechenden Wirkungsnachweisen.

11 Potenzial und Grenzen der Kontributionsanalyse

Eine Kontributionsanalyse will Wirkungszusammenhänge detailliert untersuchen und in einen Bezug zu Ergebnissen aus Konkurrenzinterventionen bringen, um den Beitrag der untersuchten Interventionen zu einer Gesamtwirkung abschätzen zu können. Insgesamt gab es im NRP Dutzende von Zielen und ein Mehrfaches an Detailzielen, sowie etwa 50 Wirkungsbeziehungen mit zum Teil mehreren Wirkungsannahmen, Risiken und Alternativhypothesen, die beurteilt werden sollten. Die Kontributionsanalyse bot dazu einerseits einen interessanten methodischen Rahmen, der sich allerdings nur teilweise bewährt hat; die Erfahrungen haben deutlich die Grenzen dieser Methodik für die Analyse eines so umfassenden Programms aufgezeigt.

11.1 Bewährtes

Die systematische, auf Wirkungsmodellen basierende Reflexion und Synthese der Erkenntnisse aus unterschiedlichen Wissensquellen hat sich sehr bewährt. Die Kontributionsanalyse hat das Denken in Wirkungszusammenhängen geschärft und für Fragen der Kontribution und Attribution sensibilisiert. Dies hat sich auf die Entwicklung der Erhebungsinstrumente ausgewirkt, indem bei der Konzeption der Instrumente konsequent überprüft wurde, welche Fragestellungen sich zur Beurteilung von Wirkungszusammenhängen eignen würden. Ein grosser Gewinn der Kontributionsanalyse war die systematische Kombination von Ergebnissen aus eigenen Evaluationsmassnahmen mit Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Literatur. Ebenso gewinnbringend waren die regelmässig stattfindenden Reflexionsworkshops, welche zur Schärfung der Analysen und zu einer angemessenen Interpretation der Ergebnisse beigetragen haben. Wann immer möglich wurden im Prozess bereits erlangte Erkenntnisse für die Entwicklung von weiteren Erhebungsinstrumenten genutzt. Insgesamt kann der Prozess der Kontributionsanalyse als ein Herantasten an eine Einschätzung des Wirkungsbeitrages des NRP betrachtet werden. Neben Aussagen zur Wirksamkeit des Programms hat dieser Prozess Anregungen für die Weiterentwicklung der Wirkungsmodelle sowie für eine zukünftige Ausrichtung des NRP geliefert. Der Hauptwert dieser Arbeit liegt in der systematischen Zusammenführung der Erkenntnisse aus unterschiedlichen Wissensquellen zu einer umfassenden Beurteilung des Programms und seiner drei Interventionsansätze.

11.2 Grenzen

Die Kontributionsanalyse steht im Spannungsfeld zwischen der Reduktion von Komplexität, welche zu oberflächlichen und plakativen Modellen führt und einer Auffächerung von Komplexität, die als Ganzes nicht mehr zu bewältigen ist. Es war nicht möglich, jede Wirkungsbeziehung mit den zugrundeliegenden Wirkungsannahmen, Risiken und Alternativhypothesen umfassend zu analysieren und zu beurteilen. Während im Aufbau der Evaluation gezielt darauf geachtet werden konnte, Hinweise zu den eigenen Wirkungsannahmen zu erhalten, fehlten zu Alternativhypothesen resp. zu externen Konkurrenzeinflüssen vielfach die Daten für eine fundierte Beurteilung oder der Aufwand war zu gross, um die Evidenz für alle vorstellbaren externen Wirkungseinflüsse zusammen zu tragen. Mit Blick auf die Vielzahl der zu beurteilenden Wirkungsbeziehungen wurden auf Ebene der einzelnen Wirkungsbeziehungen die Wirkungsannahmen des Programms fokussiert und alternative Wirkungseinflüsse primär auf übergeordneter Ebene, bei der Gesamtpotenzialabschätzung mitberücksichtigt.

Die Komplexität der Wirkungszusammenhänge ist in den meisten Fällen zu gross, als dass der Beitrag der eigenen Intervention in Abwägung zu anderen Einflüssen quantitativ einigermaßen zuverlässig bestimmt werden könnte. In der vorliegenden Analyse wurde das Wirkungspotenzial ausgehend von

den tatsächlich erbrachten Leistungen, der Zielgruppenerreichung und Wirkungshinweisen aus Befragungen der Zielgruppen über Hochrechnungen abgeschätzt.

Die Kontributionsanalyse geht von einem iterativen Entwicklungsprozess aus, in welchem regelmässig Erkenntnisse aus eigenen Erhebungen und wissenschaftlicher Literatur in die Analyse einfließen, die Wirkungsgeschichten dadurch verändert werden und neue Fragestellungen auftauchen, die dann wieder mit neuen Erhebungen beantwortet werden sollen. In der vorliegenden Evaluation ist es bisher nur punktuell zu derartigen iterativen Entwicklungsschleifen gekommen. Dies hat damit zu tun, dass sich die Evaluation stark auf grosse Befragungen abstützen musste, die – um überhaupt Effekte messen zu können - erst nach einer gewissen Interventionszeit durchgeführt werden konnten und in dieser Programmphase auch nicht mehrmals wiederholt werden konnten. Da im 2015 wegen nachträglichen Budgetreduktionen kein Rauchstoppevent durchgeführt werden konnte, musste beispielsweise mit Analysen bis nach dem Rauchstoppevent 2016 zugewartet werden. Bei den medizinischen Fachpersonen konnte mit den bestehenden Mitteln nur eine vergleichende Befragung aller Berufsgruppen realisiert werden, was iterative Analysen nicht erlaubt. Immerhin konnten auf Basis der Ergebnisse der Fachpersonenbefragung vertiefende Interviews mit ausgewählten Fachpersonen durchgeführt werden. Bei den Interventionen in der Migrationsbevölkerung wurden zwar einige Daten laufend aktualisiert, evaluative Auswertungen konnten aus Ressourcengründen aber nur einmal, bilanzierend am Schluss, gemacht werden.

Die Beurteilung der Evidenzstärke der zusammengetragenen Erkenntnisse beruht auf einer subjektiven, wenn auch Kriterien geleiteten, Einschätzung des Autors. Die Datensammlungen und Interpretationen wurden zwar sowohl der Kern- als auch der Begleitgruppe vorgelegt, allerdings ohne erwarten zu können, dass die Mitglieder dieser Gremien diese Einstufungen im Einzelnen überprüfen konnten. Idealerweise würde die Beurteilung der Evidenzstärke der einzelnen Aussagen im Konsensverfahren in einem Team gemacht, was hier aus Ressourcengründen nicht leistbar war.

12 Literaturverzeichnis

- Abrams DB, Graham AL, Levy DT et al. (2010) Boosting Population Quits Through Evidence-Based Cessation Treatment and Policy. *Am J Prev Med*, 38(3S), 351–363.
- Ajzen I (1985) From intentions to actions. A theory of planned behavior. In: Kuhl, J., Beckmann, J. (Hrsg): Action control. From cognition to behavior. Springer. Berlin. 11-39.
- Ajzen I (2002) Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-583.
- Álvarez Gutiérrez FJ, Ferrer Galván M, Ruiz Bernal A et al. (2016) Predictors of 10-year smoking abstinence in smokers abstinent for 1 year after treatment. *Addiction*, 111(3), 545-551.
- Arnold C, Salis Gross C, Cangatin S, Sariaslan E (2013a) Tiryaki Kukla – Tabakprävention bei Migrantinnen und Migranten aus der Türkei. Evaluationsbericht. Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich.
- Arnold C, Salis Gross C, Cangatin S, Sariaslan E (2013b) Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei. Evaluation zur Durchführung und Wirkung der Kurse 2012. Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich.
- Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R (2011) Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107, 1066–1073.
- AWMF (2015) S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg).
- Bala MM, Strzeszynski L, Topor-Madry R, Cahill K (2013) Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, Issue 6.
- Berkowitz AD (2005) An overview of the social norms approach. In: Lederman LC, Stewart LP. Changing the culture of college drinking. A socially situated health communication campaign. Hampton Press. Cresskill. 193-214.
- BFS (2014) Gesundheitsstatistik 2014, Bundesamt für Statistik. Neuenburg.
- Bond M (2009) Three degrees of contagion. *New Scientist* 201(2689), 24-27.
- Bonfadelli H, Moser H (Hrsg) (2007) Europa als multikultureller Raum? VS. Wiesbaden.
- Borland R, Li L, Driezen P et al. (2012) Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction*, 107(1), 197–205.
- Borland R, Partos TR, Yong HH et al. (2012) How much unsuccessful quitting activity is going on among adult smokers? Data from the International Tobacco Control 4-Country cohort survey. *Addiction*, 107(3), 673–682.
- Borland R, Partos TR, Cummings KM (2012) Systematic biases in cross-sectional community studies may underestimate the effectiveness of stop-smoking medication. *Nicotine Tob Res*;14:1483-1487.
- Borland R, Yong HH, Balmford J et al. (2010) Motivational factors predict quit attempts but not maintenance of smoking cessation: Findings from the International Tobacco Control Four country project. *Nicotine Tob Res* 12 (suppl 1): S4-S11
- Cahill K, Lancaster T, Green N (2010) Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11.

- Cahill K, Perera R (2011) Quit and Win contests for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 4.
- Cancer Institute NSW (2012). New South Wales Smoking and Health Survey 2011. Sydney.
- Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR et al. (2013) Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Chen Huey Tsyh (1990) Theory-driven evaluations. London: Sage.
- CDC (2010) Quitting smoking among adults – United States, 2001-2010. Centers for Disease Control and Prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2011;60(44):1513–1519.
- Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, et al. (2016) Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*.
- Christakis NA, Fowler JH (2010) Connected ! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Christakis NA, Fowler JH (2008) The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*, 358, 2249-58.
- Christakis NA, Fowler JH (2007) The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379.
- Cooper J, Borland R, Yong H-H. (2011) Australian smokers increasingly use help to quit, but number of attempts remains stable: findings from the International Tobacco Control Study 2009-09, *Aust N Z J Public Health*; 35L368-76.
- Cornuz J, Ghali WA, Di Carantonio D et al. (2000) Physician's attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians health habits. *Family Practice*, 17, 535-540.
- Cornuz J, Humair JP, Zellweger J-P (2004) Tabakentwöhnung. 1. Teil: Wie es geht und was es bringt. *Schweiz Med Forum*, 4, 764–770.
- Cornuz J, Humair JP, Seematter L et al. (2002) Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized controlled trial of a program based on application of behavioral therapy and practice with standardized patients. *Ann Intern Med*, 136, 429-37.
- Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, Paccaud F (2003) Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol*, 59, 201–206.
- Dey M, Haug S (2016) Rauchstoppberatung durch Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz 2016. Schriftliche Befragung von fünf Berufsgruppen. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Zürich.
- Dey M (2016) Ergänzende statistische Detailauswertungen zur Befragung der Gesundheitsfachpersonen. Diese Auswertungen sind nicht im Bericht Dey/Haug (2016) enthalten, sondern zuhänden der Leitung des nationalen Rauchstopp-Programms gemacht worden.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-1528.
- Domenic D, Cattacin S (2015) Gerechte Gesundheit. Grundlagen – Analysen – Management. Bern: Hogrefe.
- Dunlop SM, Perez D, Cotter T (2011) Australian smokers' and recent quitters' responses to the increasing price of cigarettes in the context of a tobacco tax increase. *Addiction*, 106(9), 1687-95.

- ENSP (2012) European smoking cessation guidelines. The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. 1st edition. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP).
- European Commission (2014) Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities An Matrix Knowledge Report to the Consumers, Health and Food Executive Agency, funded by the Health Programme of the European Union. Final Report.
- Fichtenberg CM, Glantz SA (2002) Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325(7357), 188-191.
- Fiore MC, Jaén CR et al. (2008) Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.
- Fiore MC (2000) A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence A US Public Health Service Report. *JAMA* 283, No. 24.
- Flay BR, Snyder F, Petraitis J (2009) The theory of triadic influence. In: Di Clemente RJ, Kegler MC, Crosby RA (eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research*. New York: Jossey-Bass. 2. Edition. 451-510.
- Folly L, Riedo G, Felder M, Falomir-Picastor J M, Desrichard, O (2016) Rapport de l'évaluation externe du programme « J'arrête de fumer » sur Facebook. Résumé.
- Foxcroft DR, Moreira MT, Almeida Santimano NML, Smith LA (2015) Social norms information for alcohol misuse in university and college students. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 12.
- Frazer K, Callinan JE, McHugh J et al. (2016) Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016.
- Ganahl K, Dahlvik J, Röthlin F et al. (2016) Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. LBIHPR Forschungsbericht.
- Gilpin EA, Pierce JP, Farkas AJ. (1997) Duration of smoking abstinence and success in quitting. *J Natl Cancer Inst*. 1997 Apr 16;89(8):572-6.
- Guggisberg J, Gardiol L, Graf I et al. (2011) Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht.
- Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C (2017) Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.
- Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C, Flury R (2013) Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Tabak in der Schweiz im Jahr 2012. Sucht Schweiz, Lausanne.
- Haab K, Bolzman C, Kugler A, Yilmaz Ö (2010) Diaspora und Migrantengemeinschaften aus der Türkei in der Schweiz. Bundesamt für Migration (Hrsg).
- Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead, LF (2014) Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6.
- Hartmann-Boyce J, Stead, LF, Cahill K, Lancaster T (2014) Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews. *Addiction*, 109, 1414–1425.
- Haug S, Ulbricht S, Hanke M, Meyer C, John U (2011) Policy and prevention. Overestimation of Drinking Norms and its Association with Alcohol Consumption in Apprentices. *Alcohol and Alcoholism* 46(2), 204–209.

- Haug S, Meyer C, Ulbricht S, Schorr G, Rüge J, Rumpf H-J, John U (2010) Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Education and Counseling*, 78, 57–64.
- Häusler N (2014) Statistikbericht Humanmedizin 2013. Bundesamt für Gesundheit.
- Hughes JR (1999) Four beliefs that may impede progress in the treatment of smoking. *Tob Control*, 8, 323-326.
- Humair JP (2015) Le rôle et l'impact des médecins dans la prévention du tabagisme : Quand la pratique clinique rencontre la santé publique. Thèse.
- Humair JP, Ward J (1998) Smoking-Cessation Strategies Observed in Videotaped General Practice Consultations. *Am J Prev Med* 14(1), 1-8
- Jacot Sadowski I, Ruffieux C, Cornuz J (2009) Self-reported smoking cessation activities among Swiss primary care physicians. *BMC Family Practice*, 10:22, 1-6.
- Kasza KA, Hyland AJ, Borland R et al. (2012) Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 108, 193–202.
- Kaya B (2014) Migration et information sur la santé: revue de littérature. Croix Rouge suisse: Berne.
- Keller R, Radtke T, Krebs H, Hornung R (2011) Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2010. Tabakmonitoring - Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum.
- Kotz D, Brown J, West R (2013) 'Real-world' effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction*, 109, 491–499.
- Kotz D, Brown J & West R (2014) Prospective Cohort Study of the Effectiveness of Smoking Cessation Treatments Used in the "Real World". *Mayo Clin Proc* doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.07.004
- Kotz D, Stapleton JA, Owen L, West R (2011) How cost-effective is „No Smoking Day“? *Tobacco Control*, 20(4), 302-304.
- Krebs H, Keller R, Theda Radtke T, Hornung R (2010) Raucherberatung in der ärztlichen und zahnmedizinischen Praxis aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden (Befragung 2010). Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum.
- Krebs H (2013) Nationale Rauchstopplinie 0848 000 181. Rauchstoppversuche und veränderte Rauchgewohnheiten der beratenen Personen (Befragungen 2010-2012). Eine Evaluationsstudie im Auftrag der Krebsliga Schweiz.
- Krebs H (2012) Rauchstopp-Wettbewerb 2011. Evaluationsstudie mit telefonischer Nachbefragung der Teilnehmenden im Januar 2012.
- Krebs H (2011) Ärztliche Rauchstoppberatung in der Schweiz 2008. Schriftliche Befragung bei Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis.
- Krebsliga Zürich (o.J.) Rauchstoppkurse der Krebsliga Zürich. Effektivität und Erfolgsfaktoren der Kurse 2001 – 2005. Eine Evaluation des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ) im Auftrag der Fachstelle «nicht mehr rauchen», Krebsliga Zürich. Zusammenfassung.
- Kuendig H, Notari L, Gmel G (2016) Désaccoutumance tabagique en Suisse en 2015 - Analyse des données du Monitoring suisse des addictions. *Addiction Suisse*. Lausanne.
- Kuendig H, Notari L, Gmel G (2014) Désaccoutumance tabagique en Suisse en 2013 - Analyse des données du Monitoring suisse des addictions. *Addiction Suisse*. Lausanne.

- Lancaster L, Stead LF (2009) Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Levy DT, Graham AL, Mabry PL et al. (2010a) Modeling the Impact of Smoking-Cessation Treatment Policies on Quit Rates. *Am J Prev Med* 2010;38(3S), 364–372
- Levy DT, Graham AL, Mabry P et al. (2010b) Reaching Healthy People 2010 by 2013. A SimSmoke Simulation. *American Journal of Preventive Medicine* 2010;38(3S), 373-381.
- Lindson-Hawley N, Banting M, West R et al. (2016) Gradual Versus Abrupt Smoking Cessation: A Randomized, Controlled Noninferiority Trial. *Ann Intern Med*. 2016;164(9), 585-592.
- Link (2012) BAG: Evaluation Tabakpräventionskampagne SmokeFree 2010-2012.
- Maier LJ, Haug S (2016) Evaluation der Schweizer Präventionsaktivitäten im Rahmen des Welttags ohne Tabak mittels Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht zu Handen der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz. ISGF-Bericht Nr. 372.
- Maier LJ, Salis Gross C (2015) Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesebericht der Expertengruppe. ISGF-Bericht Nr. 360.
- Mayne J (2011) Contribution analysis: Addressing cause and effect. In Forss K, Marra M, Schwartz R. (Eds.) *Comparative policy evaluation: Vol. 18. Evaluating the complex. Attribution, contribution, and beyond*. Transaction Publishers. New Brunswick, New Jersey. 53–95.
- Mayne J (2008) Contribution analysis: an approach to exploring cause and effect (ILAC brief No. 16).
- Mayne J (2001) Addressing attribution through contribution analysis: Using performance measures sensibly. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 16(1), 1-24.
- Michie S, Richardson M, Johnston M et al. (2013) The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46, 81–95.
- Müller R (2017a) Qualitative Interviews mit Ärzten und Ärztinnen zum Thema „Rauchstoppberatung und -behandlung in der Arztpraxis“. Mai 2017.
- Müller R (2017b) Qualitative Interviews mit Apothekern und Apothekerinnen sowie mit Pharmaassistentinnen zum Thema „Rauchstoppberatung in der Apotheke“. September 2017.
- Müller R, Guggisberg N (2016) Evaluation der Schulungskurse zur Tabakentwöhnung in der kardialen Rehabilitation sowie in der Diabetesberatung. Tagung der SCT in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Herzstiftung vom 8. November 2014 in Basel sowie einer entsprechenden-Tagung vom 24. Oktober 2015 in Zürich
- Müller R, Guggisberg N (2012) Evaluation der Schulungskurse zur Tabakentwöhnung in der kardialen Rehabilitation sowie in der Diabetesberatung. 2. Periode: 2009 bis 2011.
- Müller R, Krebs H (2013) Rauchstoppberatung in schweizerischen Apotheken 2012. Schriftliche Befragung bei Apothekerinnen und Apothekern sowie bei Pharmaassistenten und –Assistentinnen. Im Auftrag des Nationalen Rauchstopp-Programms. Freiburg/Zürich.
- OTRU (2014) Smoke-Free Ontario Strategy Monitoring Report. Ontario Tobacco Research Unit (OTRU). Toronto.
- Quinto, C. /Künzli, N. (2011) Evaluationsbericht «Unternehmen rauchfrei». Basel: Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut. (internes Dokument)
- Paulin C, Vittoz G (2011) Unternehmen rauchfrei. Suchtmagazin 2/2011. Heruntergeladen am 21.6.2018 von http://www.unternehmenrauchfrei.ch/uploads/media/SuMag_02_2011_paulin.pdf

- Pfluger T, Biedermann A, Salis Gross C (2009) Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Synthesebericht zum Projekt Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung.
- Poulsen PB, Spillemosen H, Nielsen G et al. (2015) Real-life effectiveness of smoking-cessation treatments in general practice clinics in Denmark. The Escape Smoke project. *Respiratory Medicine*, 109, 218-227.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1983) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF (2013) Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Rogers RW (1975) A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Rommel A, Weilandt C, Eckert J (2006) Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht.
- Rosenquist JN, Murabito J, Fowler JH, Christakis NA (2010) The spread of alcohol consumption behavior in a large social Network. *Analysis of Internal Medicine* 152, 426-433.
- Salis Gross C, Soom Ammann E, El Fehri V (2012) Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin* (3&4), 26-29.
- Salis Gross C (2010) Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. *Suchtmagazin* 1/2010, 18-21.
- Salis Gross C, Schnoz D, Cangatin S (2009) "(Nicht-)Rauchen wie ein Türke?" *Suchtmagazin* 4.
- Sandstrom P, Vartiainen ER, Pyykonen M, Nissinen A, Puska P (2002) International Quit and Win 2000. Helsinki: KTL. National Public Health Institute, 2002.
- Schmid M., Zellweger U., & Gutzwiller F. (2007). Re-Evaluation der Raucherentwöhnungskurse der Fachstelle "nicht mehr rauchen" der Krebsliga des Kantons Zürich 2001–2005, Effektivität und Erfolgsfaktoren (Forschung und Dokumentation Nr. 31). Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Schnoz D, Schaub M, Schwappach DL, Salis Gross C (2011) Developing a Smoking Cessation Program for Turkish-Speaking Migrants in Switzerland: Novel Findings and Promising Effects. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(2), 127–134.
- Scholz U, Lüscher J (2016) Evaluation der Wirkungsmodelle „Rauchstoppevent“ und „Interventionen in medizinischen Settings“ der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz. Interner Bericht.
- Schuermans M (2015) «Rauchen ist der Hauptrisikofaktor für bösartige Lungentumore.» Kurzinterview mit PD Dr. med. Macé Schuermans, Oberarzt Klinik für Pneumologie, Universitätsspital Zürich und Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Tabakprävention. Spectra Online: <http://www.spectra-online.ch/de/spectra/themen/lrauchen-ist-der-hauptrisikofaktor-fuer-boesartige-lungentumore-r-453-10.html> (Zugriff 6.10.2016)
- Schwarzer R. (1992) Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer R (Ed.): Selfefficacy: Thought control of action. Hemisphere: Washington DC, 217-242.
- Smith AL, Chapman S, Dunlop SM (2013) What do we know about unassisted smoking cessation in Australia? A systematic review, 2005–2012. *Tob Control* 2013, Sep 11:tobaccocontrol-2013-051019.

- Soom Amman E, Salis Gross C (2013) Die Rolle sozialer Netzwerke bei Tabakprävention und Rauchstopp. Kurzbericht zum Stand des Wissens in der Forschung.
- Stapleton JA, Sutherland G, Russell MA (1998) How much does relapse after one year erode effectiveness of smoking cessation treatments? Long-term follow up of randomised trial of nicotine nasal spray. *Bmj*, 316(7134), 830-831.
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N et al. (2013) Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 5.
- Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G and the PESCE European Research Team (2009) Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *British Journal of General Practice*, 682-690.
- Thaler RH, Sunstein CR (2009) *Nudge. Wie man kluge Entscheidungen trifft*. Berlin: Ullstein.
- Twardella D, Brenner H (2005) Smoking. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *European Journal of Public Health*. Vol. 15, No. 2, 140–145
- Ulbricht S, Klein G, Haug S et al. (2011) 'Smokers' Expectations Toward the Engagement of Their General Practitioner in Discussing Lifestyle Behaviors', *Journal of Health Communication*, 16(2), 135-147.
- Vogt F, Hall S, Marteau TM (2005) General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*, 100, 1423–1431.
- Wakefield M, Durkin S, Spittal M. (2008) Impact of tobacco control policies and mass media campaigns on monthly adult smoking prevalence. *Am J Public Health*; 98:8.
- West R (2009). The multiple facets of cigarette addiction and what they mean for encouraging and helping smokers to stop. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6, 277-283.
- West R (2012) Why do we do stupid things ... like smoking for example? And what's to be done about it? Handout eines Referats am University College in London. September 2012.
- West R, Fidler J (2011) *Smoking and Smoking Cessation in England 2010*. London: Vasco-Graphics. Available from www.smokinginengland.info.
- West R, Owen L (2012) Estimates of 52-week continuous abstinence rates following selected smoking cessation interventions in England. www.smokinginengland.info Version 2
- West R, Brown J (2012) *Smoking and Smoking Cessation in England 2011*. London.
- WHO (2015) *World health statistics 2015*.
- WHO (2012) *World health statistics 2012*.
- WHO (2008) *World health statistics 2008*.
- WHO Europe (2003) Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).
- WHO (1998) Resolution of the executive board of the WHO on health promotion. Adopted at the 101st session. Agenda Item 9, 24.
- Zhu S-H, Lee M, Zhunag Y-L, Gamst A, Wolfson T (2012) Interventions to increase smoking cessation at the population level: how much progress has been made in the last two decades? *Tobacco Control*, 21, 110-118.