

Wirkungspotenzial des nationalen Rauchstopp-Programms

2018-6
Jg. 44
S. 15 - 20

Mittels einer Kontributionsanalyse wurde der Frage nachgegangen, welchen Beitrag das Nationale Rauchstopp-Programm (NRP) an die Reduktion der Rauchendenprävalenz in der Schweiz leistet. Gemäss Hochrechnungen und Einschätzungen hat das NRP jährlich einige Tausend Rauchende in die Rauchfreiheit geführt und es hat damit das Potenzial, die Rauchendenprävalenz jährlich um 0.1 bis 0.6% zu senken. Dabei hat der Ansatz der Qualifizierung medizinischer Fachpersonen mengenmässig das grösste Wirkungspotenzial.

GÜNTER ACKERMANN

Dr. phil., selbständiger Evaluator, Qualität & Evaluation, Jubiläumsstrasse 54, CH-3005 Bern, Tel. +41 (0)79 340 11 03, mail@guenterackermann.ch, www.guenterackermann.ch

Das Nationale Rauchstopp-Programm (NRP), welches seit 2001 unterschiedliche Projekte zum Thema Rauchstopp bündelt, hat der Evaluation seiner Massnahmen schon immer eine hohe Bedeutung beigemessen. Entsprechend liegt eine Vielzahl von Evaluationen aus früheren Programmjahren vor. In der Programmphase von Mitte 2014 bis Ende 2017 sollten die Evaluationen und Erhebungen erstmals zu einer Gesamtevaluation gebündelt werden, um Aussagen über das Wirkungspotenzial des gesamten Programms machen zu können. Der Artikel gibt einen Einblick in die gewählte Methodik und fasst die Ergebnisse der Kontributionsanalyse (Ackermann 2018) zusammen.

Grundfragen von Wirkungsevaluationen

Wirkungsevaluationen sind mit zweierlei Herausforderungen konfrontiert: Zum einen geht es um die Frage, ob das Erreichen eines erwünschten Verhaltens (z. B. erfolgreiche Rauchstopps) tatsächlich der dafür eingesetzten Intervention zugeschrieben werden kann (Attributionsproblem), und zum anderen um die Frage, in welchem Umfang dies der Fall ist, also welchen Beitrag die Intervention an die beobachtete Veränderung geleistet hat (Kontributionsproblem). Experimentelle und quasi-experimentelle Studien widmen sich explizit der

Attributionsfrage. Sie eignen sich gut dafür, einfache, gut standardisierbare und kontrollierbare Interventionen zu untersuchen sowie herauszuarbeiten, ob eine Intervention in einem bestimmten Kontext wirksam ist. An pragmatische und methodische Grenzen stossen sie allerdings bei der Beurteilung der Wirksamkeit komplexer Programme (Ackermann 2016: insb. 17-23).

Bei der Evaluation des NRP ging es nicht darum, die Wirksamkeit einzelner Interventionsansätze unter kontrollierten Bedingungen zu untersuchen (zu Rauchstoppwettbewerben oder Interventionen bei medizinischen Fachpersonen gibt es z. B. bereits eine gute Evidenzbasis), sondern darum, das Wirkungspotenzial des NRP über die detaillierte Analyse der einzelnen Wirkungspfade (Abb. 2) einzuschätzen. Die Kontributionsanalyse («contribution analysis») nach John Mayne (2001; 2008 & 2011) bot dazu einen vielversprechenden Ansatz. Zweck einer Kontributionsanalyse ist es zu prüfen, inwiefern eine Intervention ihre 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 anhand von wissenschaftlichem Wissen aus anderen Studien, eigenen Erhebungen, Einschätzungen von Expertinnen und Experten usw. Schritt für Schritt plausibilisiert und bei Bedarf revidiert, wobei Wissenslücken laufend durch neue Erhebungen und Analysen gefüllt werden.

Um den Beitrag des eigenen Programms an die beobachtete Wirkung abschätzen zu können, müssen – so gut es geht – auch externe Einflussfaktoren identifiziert und eingeschätzt werden.

Umsetzung der Kontributionsanalyse im Rahmen des NRP

In einem ersten Schritt wurden Wirkungsmodelle und Zielsysteme für das Gesamtprogramm und seine acht Projekte¹ erarbeitet. Für die Kontributionsanalyse wurden die Projekte zu drei Interventionsansätzen mit je einem Wir-

kungsmodell zusammengefasst:

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

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

Abb. 1: Prozessschritte der Contribution Analysis (Mayne 2008: 1).

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 reflektiert. Die Wirkungsmodelle und die laufenden Arbeiten wurden sporadisch in einer Begleitgruppe reflektiert.

Die Kontributionsanalyse stützte sich auf Statistiken und Evaluationen des Nationalen Rauchstopp-Programms, auf Metaanalysen und systematische Reviews zum Thema Rauchstoppinterventionen, auf Einzelstudien, auf internationale Leitlinien, auf soziodemographische Referenzdaten sowie auf Einschätzungen der Programmleitung, der Projektlei-

tungen und der Begleitgruppe ab. Der Prozess der Kontributionsanalyse hat zu zahlreichen Anpassungen in schon bestehenden Befragungsinstrumenten und zur Realisierung von neuen Erhebungen geführt.²

Abschätzung des Wirkungspotenzials der Interventionen bei medizinischen Fachpersonen

Grundlage für die Bestimmung des Wirkungspotenzials der Interventionen bei medizinischen Fachpersonen war das Wirkungsmodell in Abbildung 2. Das NRP will mittels Information sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinische Fachpersonen für Rauchstoppinterventionen bei ihren PatientInnen sensibili-

sieren, motivieren und qualifizieren. Mit Kurzinterventionen und gegebenenfalls Beratungen sollen Rauchende möglichst flächendeckend erreicht werden, um sie zu Rauchstoppversuchen zu bewegen und sie darin zu unterstützen, das Rauchen aufzugeben. Das NRP will damit einen Beitrag leisten zur Reduktion des Anteils der Rauchenden in der Schweiz (die durchgezogenen Pfeile im Modell zeigen die geplanten Wirkungszusammenhänge, gestrichelt sind die Pfeile dort, wo ergänzend Evidenzen gefunden wurden).

Um das Wirkungspotenzial beurteilen zu können, wurden einerseits die Daten zur Erreichung der Leistungs- und Wirkungsziele (Kästchen) zusammengetragen, andererseits die vermuteten Wir-

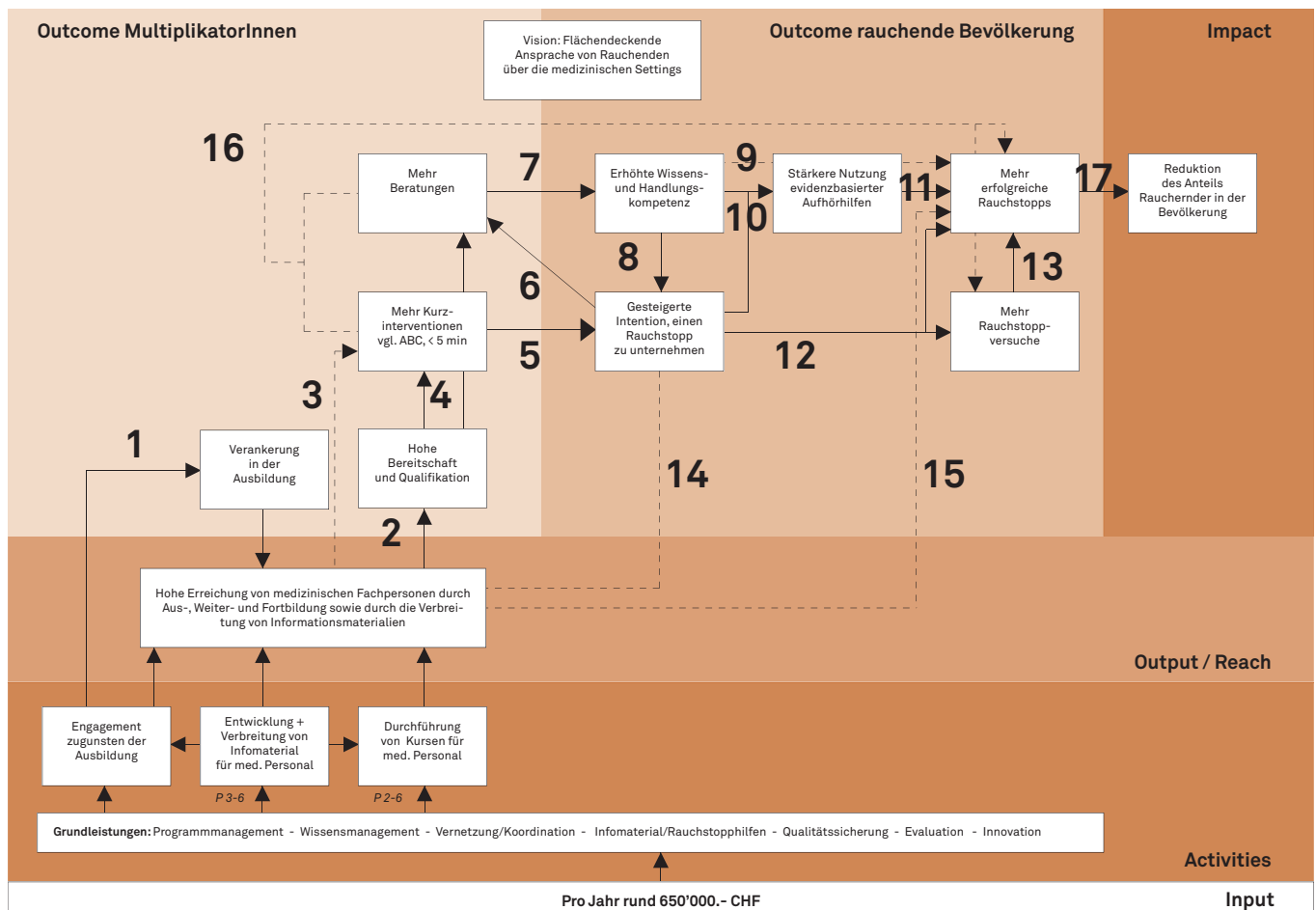


Abb. 2: Wirkungsmodell zu den Interventionen bei medizinischen Fachpersonen und ihren vermuteten Wirkungen auf Rauchende.

kungszusammenhänge (Pfeile) reflektiert. Letzteres diente der Einschätzung, ob und in welchem Umfang Wirkung Y (z. B. Inanspruchnahme evidenzbasierter Aufhörhilfen) tatsächlich eine Folge des Faktors X (z. B. Kurzinterventionen durch medizinische Fachpersonen) war. Da die einzelnen Erkenntnisse dazu sehr unterschiedlich und zum Teil widersprüchlich sein können, wurden sie bezüglich Wirkungsrichtung und Evidenzstärke bewertet.³ Abbildung 3 zeigt einige Erkenntnisse, die zur Beurteilung der Wirkungsbeziehung 3 (vgl. die Nummerierung im Wirkungsmodell) herangezogen wurden.

Während die Outcome-Ebene MultiplikatorInnen mittels eigener Erhebungen und Evidenzen aus der Literatur fundiert beurteilt werden konnte, war die Datenlage für die Beurteilung der indirekten Wirkungen deutlich schlechter. Zu den fünf Zielen und den Wirkungszusammenhängen auf Ebene Rauchende gab es kaum passende Daten aus dem NRP und die existierenden Studien und systematischen Reviews untersuchen in der Regel nur den Zusammenhang zwischen Interventionen einerseits und erfolgreichen Rauchstopps andererseits (Wirkungszusammenhang 16), nicht aber die Zwischenstufen (Pfeile 5-13).

Ergebnisse

Die nachfolgenden Ergebnisse sind im Evaluationsbericht zum NRP ausführlich dokumentiert (Ackermann 2018).

Erreichung der medizinischen Fachpersonen

Das NRP 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 je nach Berufsgruppe in unterschiedlichem Ausmass.⁴ Das NRP ist der bedeutendste Akteur, welcher medizinische Fachpersonen regelmässig über Tabakentwöhnung informiert und entsprechende Qualifizierungsmassnahmen anbietet. Die Begleitgruppe schätzte den Beitrag des Programms auf etwa 60-80% aller Interventionen zur Tabakentwöhnung bei diesen medizinischen Fachgruppen.

Interventionsverhalten der medizinischen Fachpersonen

Rund 80% der ÄrztInnen der Grundversorgung erfüllen zentrale Kriterien für Kurzinterventionen und legen so eine gute Basis für weitergehende Schritte. Sie fragen alle PatientInnen, ob sie rauchen, sie dokumentieren den Rauchstatus bei allen PatientInnen, sie empfehlen allen Rauchenden, mit dem Rauchen aufzuhören und sie empfehlen mind. den interessierten Rauchenden, beim Rauchstopp Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Allerdings empfiehlt nur etwa ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte allen Rauchenden, Unterstützung beim Rauchstopp in Anspruch zu nehmen. Insgesamt betrachtet hat sich das Interventionsverhalten medizinischer Fachpersonen trotz teilweise bereits hohen Werten in den Vorjahren nochmals verbessert.

Indirekte Auswirkung der Interventionen bei medizinischen Fachpersonen auf die Rauchenden

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% der Rauchenden zur Rauchfreiheit führen dürften. Diese grobe Schätzung basiert auf folgenden Zahlen:

- Jährlich erhalten ca. 10-20% der Rauchenden durch eine medizinische Fachperson die Empfehlung für einen Rauchstopp (Kuendig et al. 2016).
- Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Dey & Haug (2016) dürften jährlich 5-10% der Rauchenden eine Empfehlung für konkrete Rauchstopp-Unterstützung erhalten.
- Die befragten Fachpersonen schätzten zudem, dass rund 25% der Rauchenden die empfohlene Unterstützung auch in Anspruch nehmen (ebd. 2016), das wären 1,25-2,5% der Rauchenden.
- Gemäss Fiore (2008) dürften evidenzbasierte Behandlungen in rund 13%-28% der Fälle wirksam sein (je nach Behandlungsart und Kombination).
- Jährlich dürften in der Schweiz rund 4,7% der Rauchenden resp. rund 85'000 Personen (4,7% von 1,81 Mio.)

Wirkungsannahme Wirkungsbeziehung 3

Die Erreichung von medizinischen Fachpersonen mittels Information, Aus-, Fort- und Weiterbildung führt zu mehr Interventionen bei Rauchenden.

Gesammeltes Wissen

«Ärztinnen und Ärzte, die einen Kurs besucht haben, fragen eher alle PatientInnen danach, ob sie rauchen verglichen mit Ärztinnen und Ärzten, die keinen Kurs besucht haben (p<.001)». (Dey/Haug 2016) [+ , eher stark]
 39% der Ärzteschaft, 36% der Fachärzteschaft Diabetes/Herz-Kreislauf, 31% der Fachpersonen Diabetes/Herz-Kreislauf und 30.3% der Zahnärzteschaft, die selten oder keine Unterstützung zur Tabakentwöhnung anbieten, geben als Grund an, dass sie dafür nicht ausgebildet sind. (Dey/Haug 2016) [+ , eher stark]
 Eine in Schweizer Kliniken durchgeführte Studie hat gezeigt, dass ÄrztInnen mit Training im Vergleich zu solchen ohne Training ein signifikant besseres Interventionsverhalten zeigen (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. (Fiore et al. 2008: 130) [+ , stark]
 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 AllgemeinpraktikerInnen in Europa zu integrieren. [+ , stark]

Abb. 3: Erkenntnisse zur Wirkungsbeziehung Nr. 3: Einfluss von Information, Aus-, Weiter- und Fortbildungen auf das Interventionsverhalten von medizinischen Fachpersonen.

- das Rauchen aufgeben (Hochrechnung auf Basis Kuendig et al. 2016).
- Rund 2'000-10'000 neue Nicht-Rauchende pro Jahr dürften dem NRP zugeschrieben werden können (0.1-0.5% aller Rauchenden resp. 3-14% der Aufhörernden).⁵

Zusammenfassende Einschätzung
 Auf den ersten Blick erscheint es wenig, wenn jährlich 0,1-0,5% der Rauchenden durch Interventionen des NRP bei medizinischen Fachpersonen rauchfrei werden. Stellt man diesen Anteil den rund vier bis fünf Prozent der Rauchenden

gegenüber, die jährlich in der Schweiz mit dem Rauchen aufhören,⁶ ist der Beitrag des NRP dazu nicht unerheblich.

Die Analyse dieses Interventionsansatzes lässt sich jenseits dieser Zahlen wie folgt zusammenfassen: Interventionen bei medizinischen Fachpersonen sind vielversprechend, weil damit Rauchende fast flächendeckend⁷ 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.

Hauptergebnisse der beiden anderen Interventionsachsen Rauchstoppwettbewerb

Durch die Einbindung von Betrieben, von MultiplikatorInnen aus dem Gesundheitsbereich und von kantonalen und lokalen Partnerorganisationen sowie durch die Nutzung von Synergien mit anderen Projekten ist es mit dem (zu den Vorjahren erfolgreicherem) Wettbewerb im Jahr 2017 gelungen, über 5'000 Rauchende zu einer Teilnahme am Rauchstoppwettbewerb und dadurch zu einem Rauchstoppversuch zu motivieren. Aufgrund der Evaluationsergebnisse zu früheren Rauchstoppwettbewerben⁸ kann davon ausgegangen werden, dass davon rund 1'700 Rauchende das Rauchen längerfristig (während mind. 6 Monaten) 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 Rauchstoppwettbewerb 2017 hat über die eingeschriebenen Teilnehmenden das Potenzial zur Reduktion von Rauchenden in der Schweiz von ca. 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 hat, die nicht am Wettbewerb teilgenommen haben. Allerdings war dieser Zusatznutzen nicht gross genug, um in der durchgeführten Bevölkerungsbefragung (Maier/Haug 2016) zahlenmässig sichtbar zu werden.

Tabakprävention und Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung

In dieser Programmphase wurden 67 Informationsveranstaltungen mit gegen 2'300 Teilnehmenden der türkisch-kurdischen und albanischsprachigen Migrationsbevölkerung durchgeführt. Zudem konnten 25 Rauchstoppkurse mit insgesamt 168 Teilnehmenden durchgeführt werden. Nach einem Jahr waren rund 38% der Teilnehmenden der Rauchstoppkurse rauchfrei. 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 Reduktion der Raucherprävalenz in der Migrationsbevölkerung (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 bei-

zutragen und regelmässig Teilnehmende für Rauchstoppkurse zu rekrutieren.

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 (Ackermann 2018) und der Einfluss des NRP auf die Raucherprävalenz in der Schweiz bescheiden ist. Gemäss Hochrechnungen der Kontributionsanalyse hat das NRP jährlich einige Tausend Rauchende in die Rauchfreiheit geführt und es hat damit das Potenzial, die Raucherprävalenz jährlich um 0,1 bis 0,6% zu senken. Dabei hat der Interventionsansatz der Qualifizierung medizinischer Fachpersonen mengenmässig das grösste Wirkungspotenzial.

Mit allen drei Interventionsansätzen zielt das NRP auf abrupte Rauchstopps ab, was erfolgversprechender ist als ein langsames Aussteigen. 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 Versuchen, bis sie rauchfrei sind.⁹ 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. Dazu gehört 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, so auch für die Tabakprävention (Christakis & Fowler 2008). Zudem hat das NRP das Potenzial, über die gemessenen Rauch-

stopps hinaus wirksam zu sein und mit seinen vielfältigen Interventionen einen Beitrag an einen längerfristigen Normenwandel zu 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 dürfte in der Zwischenzeit rückfällig geworden sein und wieder rauchen und ein weiterer Teil wäre wohl auch ohne die Interventionen des NRP rauchfrei geworden. Zudem dürfte die «soziale Erwünschtheit» in Befragungen zum Rauchstatus die Ergebnisse verzerrt haben. Der Umfang dieser Verzerrungen liess sich im Rahmen der vorliegenden Evaluation nicht bestimmen.

Potenzial und Grenzen der Evaluationsmethodik

Die Kontributionsanalyse mit ihrer systematischen, auf Wirkungsmodellen basierenden Reflexion und Synthese der Erkenntnisse aus unterschiedlichen Wissensquellen hat sich 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 Alterna-

tivhypothesen resp. zu externen Konkurrenzinflüssen vielfach entsprechende Daten oder der Aufwand war zu gross, um die Evidenz für alle vorstellbaren externen Wirkungseinflüsse zusammenzutragen.

Die Kontributionsanalyse war sehr aufwändig und kann nur dann empfohlen werden, wenn die Datenlage insgesamt vielversprechend ist, wenn es Möglichkeiten für zusätzliche eigene Erhebungen gibt und wenn sich die AkteurInnen vertieft mit dem Evaluationsgegenstand auseinandersetzen wollen und können.

Literatur

- Ackermann, G. (2018): 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.
- Ackermann, G. (2016): Evaluation und Komplexität. Wirkungskonstruktion in der Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. Dissertation zur Erlangung der Würde eines Doktors der Philosophie. www.edoc.unibas.ch/41047, Zugriff: 25.08.18.
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2015): S3-Leitlinie «Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums». AWMF (Hrsg).
- BFS – Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitsstatistik 2014. Neuenburg: BFS.
- Christakis, N.A./Fowler, J.H. (2008): The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine* 358: 2249-2258.
- Dey, M./Haug, S. (2016): Rauchstoppperberatung durch Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz 2016. Schriftliche Befragung von fünf Berufsgruppen. Zürich: ISGF.
- ENSP – European Network for Smoking and Tobacco Prevention (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. ENSP.
- Fiore, M.C./Jaén, C.R. et al. (2008): Clinical practice guideline. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.
- Krebs, H. (2012): Rauchstopp-Wettbewerb 2011. Evaluationsstudie mit telefonischer Nachbefragung der Teilnehmenden im Januar 2012.

- Kuendig, H./Notari, L./Gmel, G. (2016): Désacoutumance tabagique en Suisse en 2015 – Analyse des données du Monitoring suisse des addictions. Lausanne: Addiction Suisse.
- Link (2017): Rauchstoppwettbewerb 2016. Report erstellt durch das LINK Institut für die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention AT.
- Maier, L.J./Haug, S. (2016): Evaluation der Schweizer Präventionsaktivitäten im Rahmen des Welttags ohne Tabak mittels Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht zu Händen der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz. ISGF-Bericht Nr. 372.
- Mayne, J. (2011): Contribution analysis: Addressing cause and effect. S. 53-95 in: K. Fors-s/M. Marra/R. Schwartz (Hrsg.), *Evaluating the complex. Attribution, contribution, and beyond. Comparative policy evaluation Bd. 18.* New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Mayne, J. (2008): Contribution analysis: An approach to exploring cause and effect. ILAC brief Nr. 16.
- Mayne, J. (2001): Addressing attribution through contribution analysis: Using performance measures sensibly. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 16(1): 45292.
- Stead, L.F./Buitrago, D./Preciado, N. et al. (2013): Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5.

Endnoten

- ¹ Die acht Projekte sind: Rauchstoppwettbewerb; Frei von Tabak, ärztliche Beratung zum Rauchstopp; Rauchstoppberatung für Diabetes- und Herz-Kreislauf-Kranke; Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis; Raucherberatung in der Apotheke; Rauchstopp für die türkisch-kurdische und für die albanischsprachige Migrationsbevölkerung (2 separate Projekte).
- ² U. a. zu einer Bevölkerungsbefragung (Maier & Haug 2016) und zu telefonischen Interviews mit ausgewählten medizinischen Fachpersonen (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).
- ³ Die Bewertungen sind in den eckigen Klammern angegeben. Die erste Einschätzung zeigt an, ob die Erkenntnis die Wirkungsannahme stützt (+) oder nicht (-) und die zweite Einschätzung betrifft die Evidenzstärke, wobei die Studienqualität, die Aussagekraft und die Übertragbarkeit der Erkenntnisse berücksichtigt wurden. Die Kriterien zur Bewertung der Wissensquellen sind im Evaluationsbericht dargelegt (Ackermann 2018: 22-24).



- ⁴ Während Ärztinnen und Ärzte gut über Fortbildungskurse erreicht werden, gelingt dies bei Fachpersonen aus Apotheken bisher noch kaum. Diese werden aber stärker über die Ausbildung erreicht.
- ⁵ Berechnung des unteren Wertes: 1.25% von 1.81 Mio. = 22'625. Davon 13% (mind. Wirkung) = 2'942. Davon 60% (min. Anteil NRP) = 1'765. Berechnung des oberen Wertes: 2.5% von 1.81 Mio. = 45'250. Davon 28% (max. Wirkung) = 12'670. Davon 80% (max. Anteil NRP) = 10'136.
- ⁶ Im Tabakmonitoring wurden 2010 10'046 Personen befragt, davon waren 2'686 Raucher (27%) und 1'933 Ex-Raucher

(20%). Von den Ex-Rauchenden hatten 632 in den letzten 5 Jahren aufgehört, also rund 126 pro Jahr (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.). 126 pro Jahr neu Raucher auf 2'686 Raucher ergibt 4,7%.

⁷ 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 eine/n Allgemein-

praktikerIn. 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).

⁸ Erfolgsrate von 32% im Jahr 2011 (Krebs 2012) resp. 42% im Jahr 2016 (Link 2017) – es wird hier vorsichtigerweise von der geringeren Erfolgsrate ausgegangen.

⁹ Über die Anzahl von Rauchstoppversuchen bis zur Raucherfreiheit herrscht Uneinigkeit, Schätzungen reichen von 5 bis 30 Versuchen. Zahlen aus der Schweiz lassen vermuten, dass etwa jeder sechste erinnerte Raucher längerfristig erfolgreich ist.