



Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

Evaluationsbericht

Projekt „Unternehmen rauchfrei“

(Periode 01.05.2007 bis 31.10.2007)

Verantwortlich

Carlos Quinto, Dr. med. MPH

Charlotte Braun-Fahrländer, Prof. Dr. med.

Basel, Dezember 2007

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	1
2	Methode	2
3	Resultate „Rauchstopp-Trainings“	3
3.1	Charakteristika TeilnehmerInnen	3
3.2	Charakteristika Trainings	8
3.3	Charakteristika Trainingsleiter	11
4	Resultate Programmstruktur – und -prozess	12
4.1	Kantonale Lungenligen	12
4.1.1	Beratungen	12
4.1.2	Materialversand	12
4.2	Charakteristika Betriebe	13
5	Vergleich mit Projektzielen bei Eingabe, Stand März 07	17
6	Diskussion	18
7	Empfehlungen	21

1 Zusammenfassung

Das Projekt „Unternehmen rauchfrei“ wurde im Sommer 2005 durch die Lungenliga beider Basel angedacht. Kernstück des Projekts sind „Rauchstopp-Trainings“, welche bis 2006 noch als „Rauchstopp-Kurse“ bezeichnet wurden. Im August und September 2005 fanden erste Treffen zwischen der Lungenliga beider Basel sowie dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel, welches mit der Evaluation beauftragt wurde und dem Institut für Therapieforschung München, welches den verhaltenstherapeutisch orientierten Raucherentwöhnungskurs entwickelt hatte, statt. Im November 2005 wurden die ersten Rauchstopp-TrainerInnen ausgebildet. Die Pilotphase des Projekts dauerte vom 01.01.2006 bis 31.12.2006 an. Vom 01.01.2007 bis 30.04.2007 befand sich das Projekt in einer Zwischenphase, da bezüglich Finanzierung (Tabakpräventionsfonds) noch Unklarheiten bestanden. In Folge eines günstigen Bescheides konnte ab 01.05.2007 das Hauptprojekt, unter Einbezug von Erfahrungen aus der Pilotphase (Evaluationsbericht Februar 2007), begonnen werden.

Bis zum 01.11.2007 liegen im Rahmen der Pilotphase sowie der Hauptphase des Projektes Daten von 152 Trainingsteilnehmern und –teilnehmerinnen vor. Insgesamt wurden von 2005 bis 2007 37 Rauchstopp-TrainerInnen ausgebildet, von denen 34 noch aktiv sind. Von den 34 aktiven TrainerInnen hat bisher gut ein Viertel Rauchstopp-Trainings abgehalten. Insgesamt haben 21 Trainings bis zum Stichtag begonnen respektive sind 18 bereits abgeschlossen. 3 Trainings sind per Stichtag 01.11.2007 noch laufend. Die meisten der Teilnehmenden haben an der Informationsveranstaltung teilgenommen. Für die Hälfte der Teilnehmenden stand aber schon vor der Informationsveranstaltung fest, dass sie mit dem Rauchen aufhören wollte. Bei der anderen Hälfte hat die Informationsveranstaltung mit dazu beigetragen, einen Rauchstopp-Versuch zu unternehmen.

Zu den Prozessen des Projektes können erst seit 01.05.2007 vermehrt Angaben gemacht werden. Nahezu alle Anfragen wurden innerhalb von 14 Tagen durch die Lungenligen bearbeitet. Zum Materialversand lassen sich wegen schlechter Datenqualität keine zuverlässigen Aussagen machen. Hier wäre ein Ansatz selbstevaluativer Art zu prüfen und zu implementieren. Der Rücklauf der Dokumentationsblätter sowie die Qualität der Daten sollten aber noch verbessert werden. Dies muss primär durch die Projektleitung den einzelnen kantonalen Lungenligen kommuniziert werden. Finanzielle Anreize zur Mitarbeit für die kantonalen Lungenligen bestehen.

Es liegen 88 Posttrainings-Fragebogen vor. In Bezug auf die eingegangenen Posttrainings-Fragebogen haben 68% der TeilnehmerInnen (n=59) während dem Training mit dem Rauchen aufgehört. 14% haben ihren Nikotinkonsum reduziert, 15% aufgehört, aber während des Trainings wieder begonnen. Bei 3% hat sich keine Veränderung des Rauchverhaltens, nach einer vorübergehenden Senkung des Zigarettenkonsums, ergeben. Wird die Aufhörrate konservativ geschätzt, im Sinne einer „intention to treat-Analyse“, dann haben während des Trainings 39% der Teilnehmenden ihren Nikotinkonsum sistiert.

Betreffs die Projektziele (Stand März 2007, Projekteingabe) ist festzuhalten, dass in qualitativer Hinsicht nahe zu alle Ziele erreicht wurden. In quantitativer Hinsicht dürfte aber noch Zeit notwendig sein, um die gesteckten Ziele zu erreichen.

2 Methode

Die auf einer verhaltenstherapeutischen Methode basierenden „Rauchstopp-Trainings“ wurden im Wesentlichen durch das Institut für Therapieforschung in München entwickelt. Die Trainingsstruktur und –inhalte wurden während der Pilotphase an ein Arbeitsplatzsetting und die Schweizer Verhältnisse angepasst. Die Trainings hatten in Deutschland nicht im Rahmen eines Arbeitsplatzsettings stattgefunden. Begleitend verpflichtete das IFT bisher alle Institutionen, welche das Training übernahmen, eine wissenschaftlich orientierte Ergebnisevaluation durchzuführen. Unter dieser Vorgabe wurden im Auftrag der Lungenliga beider Basel und in Zusammenarbeit mit dem IFT die initialen Evaluationsinstrumente durch das ISPM der Universität Basel entwickelt und während der Pilotphase eingesetzt. Die recht umfangreichen Instrumente wurden an den Schweizer Kontext angepasst. Im Rahmen der Projekteingabe an den Tabakpräventionsfonds wurde vom letzteren eine wissenschaftliche Begleitevaluation als zu umfangreich und zu teuer eingestuft. Deshalb erfolgte mit dem Einverständnis des IFT München, im Auftrag der Lungenliga beider Basel, eine Kürzung der Evaluationsinstrumente. Einzig das Dokumentationsblatt, welches neu zusätzlich Informationen zum Projektprozess liefert, wurde erweitert. Die Evaluation stützt sich gegenwärtig auf fünf Instrumente. Für die Trainingsteilnehmenden existiert ein Prätrainings- sowie ein Posttrainings-Fragebogen. Ferner wird 12 Monate nach Abschluss des Trainings ein Follow up-Fragebogen an die Teilnehmenden versandt. Zusätzlich existiert ein Trainertagebuch, in welchem der Trainingsleiter Informationen zum Training gibt. Auf Stufe der kantonalen Lungenliga existiert das Dokumentationsblatt. Mittels diesem werden die Beratungsaktivität der jeweiligen kantonalen Lungenliga und die Charakteristika der beratenen Betriebe erfasst. Zudem werden auch die Aktivität hinsichtlich Materialversand durch die Lungenliga erfasst sowie die Parameter zur Zufriedenheit der Betriebe mit der Leistung der Lungenliga. Diese prozessorientierten Variablen werden erst seit der Hauptphase des Projektes, welche am 01. Mai 2007 begann, erfasst.

Alle Daten aus den drei Teilnehmer-Fragebogen, dem Trainertagebuch und dem Dokumentationsblatt wurden mittels EPI-Info-Masken elektronisch erfasst, in das Statistikprogramm STATA übertragen und mit STATA ausgewertet. Die Datenbereinigung sowie zusätzliche Analysen zur Validität der Daten erfolgten mittels STATA. Die Daten wurden vorwiegend auf deskriptiver Ebene analysiert.

3 Resultate „Rauchstopp-Trainings“

3.1 Charakteristika TeilnehmerInnen

Die folgenden Angaben basieren im Wesentlichen auf dem Prätrainings-Fragebogen. Es wurden sämtliche Fragebogen einbezogen, die seit Beginn des Programmes, Pilotphase inklusive, in der Evaluationszentrale eingetroffen sind. Insgesamt liegen Daten von 152 Teilnehmerinnen und Teilnehmern vor. Aus der untenstehenden Tabelle (Tab. 1) wird ersichtlich, dass das Trainingsangebot Frauen und Männer in gleichem Masse angesprochen hat. Ungefähr 1/3 der Frauen sowie 1/5 der Männer sind nicht Deutscher Muttersprache. Das mediane Alter der Teilnehmenden betrug 42 Jahre (Tab. 2).

Tabelle 1: Geschlecht und Muttersprache der TeilnehmerInnen; Angaben in % in ()

Geschlecht	Muttersprache		Total
	Andere	Deutsch	
Weiblich	22	50	72 (47%)
Männlich	18	62	80 (53%)
Total	40 (26%)	112 (74%)	152 (100%)

Tabelle 2: Altersverteilung (Jahre) der TeilnehmerInnen

Alter	Median	25 Perc.	75 Perc.	Minimum	Maximum
Jahre	42	36	49	21	67

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant im Alter. Die Altersmittelwerte betragen bei den Frauen 43 Jahre (41-46)¹ und bei den Männern 41 Jahre (39-43).

Bezüglich Körpergewicht handelt es sich um eine normalgewichtige Population, wie aus der untenstehenden BMI-Tabelle ersichtlich ist (Tab. 3).

Tabelle 3: BMI-Verteilung TeilnehmerInnen (kg/m²)

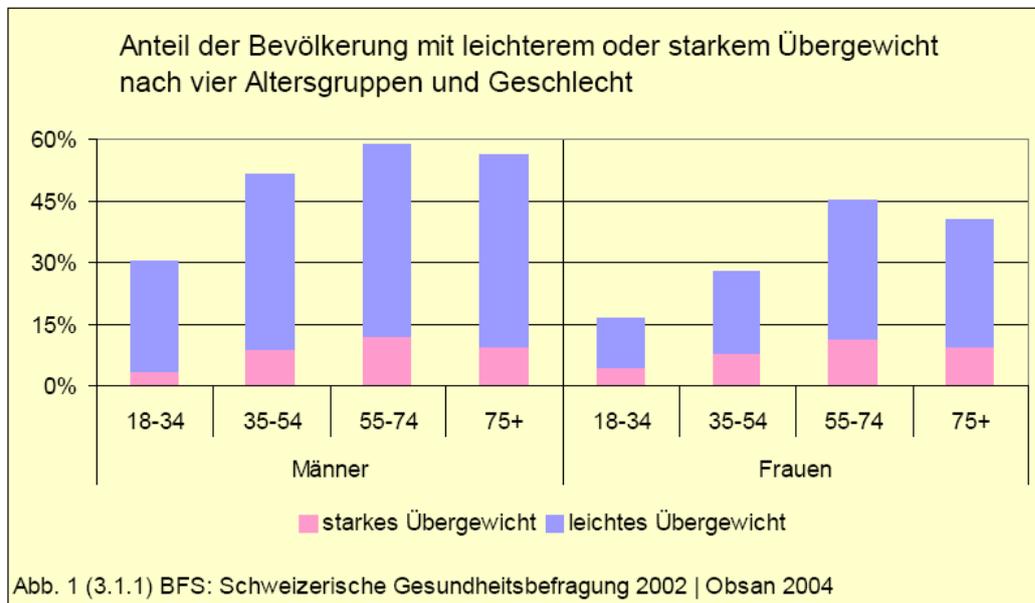
Median	25 Perc.	75 Perc.	Minimum	Maximum
24.1	21.7	27.2	16.7	35.2

Bezüglich Gewicht unterscheiden sich Frauen und Männer signifikant. Bei den Frauen beträgt der BMI-Mittelwert 22.9 (22.2.–23.6), bei den Männern 25.9 (25.0–26.8). Es handelt sich also um eine normalgewichtige Population bei den Teilnehmerinnen sowie um eine leicht übergewichtige Populati-

¹ 95% Konfidenzintervall

on bei den Teilnehmern. Der Anteil Übergewichtiger bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern deckt sich in etwa mit den Anteilen Übergewichtiger in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (Abb. 1).

Abbildung 1:



Kommentar zu Abbildung 1:

Mehr Männer als Frauen aller Altersgruppen haben leichteres Übergewicht. Mehr Männer als Frauen im Alter von 35-54 Jahren haben starkes Übergewicht; in den anderen Altersgruppen unterscheidet sich der Anteil der stark übergewichtigen Frauen und Männer gering. Der Anteil an Personen mit leichterem und starkem Übergewicht steigt bis zum 74. Lebensjahr. Der Anteil stark Übergewichtiger nimmt mit dem 75. Lebensjahr ab.

Bezüglich ihres Rauchverhaltens lassen sich die Teilnehmer wie folgt charakterisieren. Durchschnittlich haben die meisten 23 Jahre lang täglich geraucht und durchschnittlich eine Menge von 20 Zigaretten, entspricht einem Päckchen. Quantifiziert in Packyears ergibt sich folgende Verteilung (Tab. 4).

Tabelle 4: Packyears

Median	25 Perc.	75 Perc.	Minimum	Maximum
20	10	30	1	90

Zur Abschätzung der Nikotinabhängigkeit wird häufig der Fagerström-Fragebogen verwendet. Die zwei wichtigsten Fragen aus dem Fagerström-Datensatz betreffen die Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag und den Zeitpunkt, wann nach dem Aufstehen die erste Zigarette geraucht wird. Männer und Frauen unterscheiden sich in unserem Kollektiv nicht hinsichtlich des Ausmasses der Abhängigkeit. Untenstehend findet sich in der Tabelle 5 die Verteilung nach Geschlecht betreffend des Rauchens der ersten Zigarette.

Tabelle 5: Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? (n=148)

Geschlecht	Innerhalb von 5 Min	Innerhalb von 6 bis 30 Min	Innerhalb von 31 bis 60 Min	Nach einer Stunde
Weiblich	15	27	13	15
Männlich	11	32	15	20
Total	26	59	28	35

Rund ein Viertel der Teilnehmenden hat bereits schon einmal versucht, das Rauchen vollständig aufzugeben. Bezüglich Geschlecht findet sich kein bedeutsamer Unterschied (Tab. 6). Von den Personen, die vorgängig schon einmal versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, liegt bei 2/3 der Personen dieses Ereignis länger als ein Jahr respektive bei knapp ¼ länger als fünf Jahre zurück. Lediglich 1/5 versuchte innerhalb der letzten 12 Monate das Rauchen aufzugeben. Bezüglich Teilnahme an der Informationsveranstaltung ist Folgendes festzuhalten: Die meisten der Teilnehmenden haben an der Informationsveranstaltung teilgenommen. Für die Hälfte der Teilnehmenden stand aber schon vor der Informationsveranstaltung fest, dass sie mit dem Rauchen aufhören wollte. Bei der anderen Hälfte hat die Informationsveranstaltung mit dazu beigetragen, einen Rauchstopp-Versuch zu unternehmen.

Tabelle 6: Haben Sie schon einmal versucht, das Rauchen vollständig aufzugeben?

Geschlecht	Ja	Nein	total
Weiblich	18 (25%)	54 (75%)	72
Männlich	21 (27%)	58 (73%)	79
Total	39	112	151

Ferner wurde untersucht, in welchem Stadium gemäss transtheoretischem Modell sich die Teilnehmenden befinden. Folgende Stadien werden unterschieden:

1. Precontemplation (ohne Absicht): Aussage „Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören“.
2. Contemplation (überlegen, Ambivalenz): „Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören“.
3. Plan (Planungsstadium): „Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören“.
4. Action (Handlung): „Ich rauche seit weniger als 6 Monaten nicht mehr“.
5. Consolidation (Festigungsstadium): „Ich rauche seit mehr als 6 Monaten nicht mehr“.
6. Rückfall: „Ich rauche wieder“.

Stadien 1 bis 5 wurden erfragt. Der Grossteil der Teilnehmenden befand sich im Stadium 3 (Plan) (Tab. 7).

Tabelle 7: Verteilung der TrainingsteilnehmerInnen gemäss transtheoretischem Modell (n=148) bei Trainingsbeginn

Stadien	Freq.	%
Precontemplation	4	2.70
Contemplation	15	10.14
Plan	122	82.43
Action	7	4.73
Consolidation	0	0

Vom 12-Monats-Follow-up-Fragebogen liegen verständlicherweise aus der Hauptphase des Projektes keine Beobachtungen vor, da diese erst am 1. Mai 2007 begonnen hat. Ebenfalls können aus der Zeit der Pilotphase keine Aussagen diesbezüglich gemacht werden, da auf Grund der Leistungsvereinbarung per Ende 2006 zwischen dem ISPM und der Lungenliga beider Basel von einem Follow-up der Pilottrainings abgesehen werden musste. Es sind spontan lediglich 2 Follow-up-Fragebogen (Pilotphase) eingetroffen. Diese beiden Fragebogen wurden von Personen ausgefüllt, die zum Zeitpunkt der Follow-up-Befragung wieder rauchten.

Bezugnehmend auf den Posttraining-Fragebogen haben 68% ihren Nikotinkonsum sistiert. Nimmt man Bezug auf alle vorhandenen Teilnehmenden respektive die Teilnehmer-Fragebogen bei Trainingsbeginn (n=152), dann ist nur in 39% ein Rauchstopp dokumentiert. Diese 39% würden einer konservativen Schätzung des Erfolges entsprechen („intention to treat-Analyse“). Die meisten Raucherentwöhnungsangebote weisen auf der Basis einer konservativen Schätzung (intention to treat) nach 12 Monaten Aufhorraten zwischen 10 und 30% auf.

Der wahre Wert der Aufhorraten für das Rauchstopp-Training bewegt sich also zwischen 39 und 68%, was ein gutes Ergebnis ist. Allerdings ist festzuhalten, dass sich beim Trainingsbeginn auch 82% der Teilnehmenden im geeigneten Stadium (Plan) des transtheoretischen Modells befinden, was einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg des Rauchstopp-Trainings hat (Tab. 8).

Tabelle 8: Änderungen Rauchverhalten Posttraining-Fragebogen (n=87)

	Freq.	%	Cum
Ich habe aufgehört zu rauchen	59	67.82	67.82
Ich habe aufgehört, aber wieder angefangen	13	14.94	82.76
Ich rauche weniger	12	13.79	96.55
Ich habe weniger geraucht, rauche jetzt aber wieder genau so viel oder mehr	3	3.45	100.00
Ich habe mein Rauchverhalten nicht verändert	0	0	0
Total	87	100.00	

Beim Training wird ein Stopptag vereinbart. Anlässlich dieses Stopptages gaben lediglich 53% der RaucherInnen an, gar nicht mehr zu rauchen. 35% rauchten noch nach dem Stopptag 1 bis 5 Zigaretten. Somit scheinen nicht alle TeilnehmerInnen am offiziell festgelegten Stopptag bereit zu sein, ihren Konsum zu sistieren. Als Kontrollfrage wurden die TeilnehmerInnen befragt, wann sie zuletzt geraucht hätten. Hier wiederum gaben 66% an, seit Längerem nicht mehr geraucht zu haben, was lediglich eine 2-prozentige Abweichung gegenüber der expliziten Frage mit der Änderung des Rauchverhaltens bedeutet. Die Frage nach dem Stadium des transtheoretischen Modells wurde nur von knapp 1/3 der Teilnehmenden beantwortet, was dem Anteil der RaucherInnen entspricht, da diese im Posttraining-Fragebogen diese Frage zu beantworten hatten. Gegenüber dem Prätraining-Fragebogen finden sich diskrete Hinweise für eine Phasenverschiebung von ca. 20% (n=6) vom Stadium der Ambivalenz (contemplation) in das Stadium des Planens bei den noch Rauchenden. Bezüglich Beschwerden des Rauchstopps finden sich folgende Häufigkeitsangaben (Tab. 9).

Tabelle 9: Beschwerden nach Rauchstopp (n=88)

	%
Vermehrter Appetit	45
Erhöhte Reizbarkeit	36
Verstärkte Nervosität, Ruhelosigkeit	26
Niedergedrückte Stimmung	14
Konzentrationsschwierigkeiten	13
Schlafprobleme	11
Vermehrte Ängstlichkeit, Angstgefühle	2
Langsamer Herzschlag	2
Andere ²	6

Bezüglich einer Gewichtsveränderung beschreiben 51 TeilnehmerInnen eine Gewichtszunahme und lediglich 1 Teilnehmer eine Gewichtsabnahme von 1 kg. Im Mittel haben die TeilnehmerInnen um ca. 3 kg an Körpergewicht zugenommen (Standardabweichung 1.6). Es werden Zunahmen zwischen 1 und 8 kg an Körpergewicht erwähnt.

38% der Teilnehmenden haben während des Trainings ein Nikotinersatzpräparat verwendet, 8% haben ein Medikament (Zyban®, Champix®).

1/3 der Teilnehmenden hat nicht an jeder Trainingsstunde teilgenommen. Fragt man nach dem Ausmass des Trainingsstundenausfalls, so haben die meisten Personen bis zu 2 Stunden gefehlt, niemand häufiger als 3 Stunden. Diese Fehlzeiten decken sich vor allem mit den Terminen der telefonischen Konsultation (Sitzungen 6 bis 8), worauf auch die Trainertagebücher hinweisen.

10% der TrainingsteilnehmerInnen haben keine der im Training vermittelten Techniken hilfreich gefunden. 46% sind der Meinung, dass wenige geholfen haben, 36% erwähnen, dass viele Techniken geholfen hätten. 8% erwähnen, dass fast alle Techniken geholfen hätten (Tab. 10).

² Es wurden Nebenwirkungen von Zyban® genannt sowie Verdauungsprobleme und Sekundenschlaf

Tabelle 10: Beurteilung der Techniken (n=78)

Techniken	Freq.	%
Keine hat geholfen	8	10
Wenige haben geholfen	36	46
Viele haben geholfen	28	36
Fast alle haben geholfen	6	8

Insgesamt würden 88% der Teilnehmenden die Rauchstopp-Trainings weiterempfehlen. 1/3 wünscht nicht mehr an der Follow-up-Befragung teilzunehmen.

Bezüglich qualitativer Meldungen äussert sich nur ein kleiner Teil (6 von 88 Teilnehmenden) unmittelbar nach dem Training: 4 Meldungen sind selbstreflexiv, 1 Meldung erwähnt, dass mehr Hilfsmittel eingesetzt werden sollten (Medikamente, Hypnose, Akupunktur etc.) und 1 Meldung betrifft die Trainingsstruktur (Tab. 11).

Tabelle 11: Auflistung der Aussagen

Aussagen	Kommentar
1	Mann muss in erster Linie selber wollen und einsehen, dass das Leben ohne Rauchen möglich ist
2	Ich bemühe mich um Disziplin, den vielen Versuchungen zu widerstehen
3	Nach dem Rauchstopp am Samstag gab es an darauffolgenden Montag und Donnerstag eine Trainingsstunde, in den folgenden Wochen nur noch Telefon. Mann sollte 1x mit den Teilnehmenden zusammenkommen, nicht 1 ½ Stunden, ½ Stunde würde reichen.
4	Für mich war das Training oder zumindest der Motivationsfaktor des Trainers nicht ausreichend, der Gruppendeist/-zwang war hingegen gut.
5	Eigentlich möchte ich z.Z. nicht aufhören, doch ich habe von ca. 50 Stück am Tag auf 10 Stück reduziert. Für mich ein toller Erfolg.
6	Mehr Hilfsmittel einsetzen, evtl. Hypnose oder so

3.2 Charakteristika Trainings

Insgesamt liegen zur Auswertung 18 Trainertagebücher vor. Von diesen stammen 5 aus der Hauptphase des Projektes und 13 aus der Pilotphase, welche das ganze Jahr 2006 umfasste sowie die Monate Januar bis April des Jahres 2007. Die Teilnehmerzahlen an den Trainings schwanken zwischen 3 und 12. Die mittlere TeilnehmerInnenzahl betrug 6. Vereinzelt nahmen an den Trainings auch TeilnehmerInnen teil, die bereits den Nikotinkonsum sistiert haben, so während der Hauptphase in einem Training 1 Teilnehmender und während der Pilotphase in 3 verschiedenen Trainings 4 Teilnehmende. Bei einer Gesamtzahl von 152 Teilnehmenden ist diese Gruppe als marginal zu betrachten. Bezüglich Trainingsabbruch sind nur in 3 Trainingstagebüchern solche vermerkt. In einem Training während der Pilotphase brachen 3 Teilnehmende das Training ab. In 2 Trainings während der Hauptphase brach je 1 Teilnehmender das Training vorzeitig ab. Basierend auf den Angaben der

Trainertagebücher ist der Trainingsabbruch folglich ebenso ein marginales Phänomen. Bei den Trainingsabbrüchen im Training der Pilotphase handelte es sich um die letzte Trainingsstunde. Die 3 Teilnehmer besuchten trotz telefonischer Zusage die letzte Trainingsstunde nicht. Bei den Trainingsabbrüchen während der Hauptphase ist in einem Fall der Grund unbekannt, in einem anderen hat der Teilnehmer wieder zu rauchen begonnen.

Gegen eine weitere Teilnahme an der Evaluationsstudie, welche aus ethischen Gründen freiwillig ist, haben sich insgesamt 21 Personen ausgesprochen. 14 während der Pilotphase sowie 7 während der Hauptphase, wobei sich diese 7 Teilnehmenden aus einem einzigen Training rekrutieren.

Zu den Trainings gibt es nur wenig qualitative Bemerkungen im Trainertagebuch. In 2 Gruppen während der Pilotphase ist vermerkt, dass eine TeilnehmerInnenzahl von 3 eindeutig zu klein sei. Zudem habe es in 2 Trainings eine schwierige Gruppendynamik gegeben. In einem Fall wurde während der Pilotphase bemängelt, dass die Teilnahme sehr unverbindlich gewesen sei. Weitere Anmerkungen finden sich von Seiten der Trainingsleiter nicht. Zum Punkt „Weitere Anmerkungen“ fanden sich keine Einträge von Seiten der Trainingsleiter.

Hinsichtlich der Konstanz der Teilnahme lässt sich aus den 18 vorliegenden Trainertagebüchern Folgendes schliessen: Im Allgemeinen ist die Konstanz der Teilnahme sehr hoch, was die 5 Trainingseinheiten betrifft und die Abschlusstrainingseinheit. Während der Phase der telefonischen Betreuung ist mindestens in 4 von 18 Trainings eine Reduktion der Teilnahme um 50-70% festzustellen, wobei in diesen Trainings über 50% der Teilnehmenden wiederum an der Abschlusstrainingseinheit teilnehmen.

Bezüglich der Anzahl Rauchender kann festgehalten werden, dass diejenigen Personen, die mit dem Rauchen aufhören, dies in der Regel bis zur 5. Trainingseinheit schaffen. Personen, die bis dahin weiter rauchen, schaffen es in der Regel nicht mehr, den Nikotinkonsum während des Trainings zu sistieren. In 4 von 18 Trainings waren zudem Rückfälle während der Telefonbetreuungsphase zu verzeichnen. Es handelte sich jeweils um 1 bis max. 2 Teilnehmende. Weitere Angaben zur Aufhörerrate befinden sich im Abschnitt über Teilnehmercharakteristika, basierend auf den Angaben des Posttraining-Fragebogens. Die Kategorien von Teilnehmenden gemäss Angaben auf den Trainertagebüchern setzen sich wie folgt zusammen. An keinem der 18 Trainings nahmen Mitglieder der Direktion teil. In 5 von 18 Trainings waren Kaderleute anwesend. In den restlichen Trainings befanden sich Angestellte, wobei in 6 Trainings sowohl Angestellte als auch Hilfskräfte. In 3 Trainings wurde die Art der Teilnehmenden nicht spezifiziert. Somit wurden sämtliche Trainings von Angestellten besucht und 1/3 von Angestellten und Hilfskräften. In 3 Trainings nahmen sowohl Kaderangestellte als auch Angestellte und Hilfskräfte teil.

Bezugnehmend auf den Posttraining-Fragebogen wurden folgende Noten bezüglich des Trainings durch die Teilnehmenden vergeben (Tab. 12 – 15).

Tabelle 12: Note Trainer (n=86), Mittelwert 5.1, Standardabweichung 0.9

Note	Freq.	%
1	0	0
2	2	2
3	3	3
4	11	13
5	42	49
6	28	33

Tabelle 13: Note andere Teilnehmer (n=85), Mittelwert 4.9, Standardabweichung 0.9

Note	Freq.	%
1	1	1
2	1	1
3	4	5
4	13	15
5	48	56
6	18	21

Tabelle 14: Selbstbenotung (n=85), Mittelwert 4.6, Standardabweichung 0.9

Note	Freq.	%
1	0	0
2	1	1
3	8	9
4	23	27
5	41	48
6	12	14

Tabelle 15: Trainingsinhalt, Mittelwert 4.9, Standardabweichung 0.9

Note	Freq.	%
1	0	0
2	1	1
3	6	7
4	14	16
5	45	52
6	19	22

94% der TeilnehmerInnen konnten dem Training sprachlich problemlos folgen.

3.3 Charakteristika Trainingsleiter

Im Rahmen der Anpassung der Evaluationsinstrumente für die Hauptphase erfolgte eine wesentliche Kürzung des Trainertagebuches. Persönliche Charakteristika der Trainer wie Ausbildungserfahrung, Alter, zuständige Berufsgruppe werden nicht mehr erfasst. Es können nur noch wenige quantitative Angaben zu den Aktivitäten der Rauchstopp-Trainer gemacht werden. Gemäss einer Liste der Projektleitung der Lungenliga beider Basel wurden 2005 15 Rauchstopp-Trainer ausgebildet, von denen noch 13 aktiv sind, 2006 13 Rauchstopp-Trainer, von denen noch 12 aktiv sind und 2007 9 Rauchstopp-Trainer. Insgesamt gibt es folglich noch 34 aktive Rauchstopp-Trainer. Basierend auf den Angaben der eingetroffenen Trainertagebücher sowie des Fragebogens 1 wie auch des Dokumentationsblattes fanden insgesamt bisher 21 dokumentierte Rauchstopp-Trainings statt, während der Pilotphase und der Hauptphase (Tab. 16). Von 3 Trainings lagen per Stichtag 01.11.07 noch keine Trainertagebücher vor, da diese Trainings noch nicht abgeschlossen sind.

Tabelle 16: Aktivitäten der Rauchstopp-Trainer

Anzahl Trainer	Anzahl Trainings	Total Trainings
25	0	0
2	1	2
5	2	10
1	3	3
1	6	6
34		21

Bis zum Stichtag hat folglich nur gut $\frac{1}{4}$ der ausgebildeten Trainer Trainings abgehalten: 5 der 13 in 2005 ausgebildeten, 4 der 12 in 2006 ausgebildeten und noch keiner der 9 in 2007 ausgebildeten Trainer.

Während der Pilotphase fanden sich deutliche Hinweise, dass mehrere Trainer das Training nicht im Rahmen des Programms „Rauchstopp-Trainings“ in betrieblichem Setting sondern anderweitig umsetzten.

4 Resultate Programmstruktur – und -prozess

4.1 Kantonale Lungenligen

Gemäss einem Informationsschreiben der Lungenliga beider Basel vom Dezember 2007 sind bisher 14 Lungenligen beim Projekt involviert, seit Kurzem auch 3 Lungenligen aus der französisch sprechenden Schweiz. Dokumentationsblätter aus der Pilotphase liegen insgesamt von 8 Lungenligen vor. Somit lassen sich Aussagen zu Aktivitäten von 8 von 11 Lungenligen in der Deutschschweiz machen (Tab. 17). Insgesamt trafen 34 Dokumentationsblätter ein. 5 Rauchstopp-Trainings haben seit Beginn der Hauptphase begonnen, wovon 3 noch laufend sind. Auf den Dokumentationsblättern sind 7 Informationsveranstaltungen dokumentiert (Tab. 18).

Tabelle 17: Anzahl Dokumentationsblätter nach kantonaler Lungenliga (1.5.07-31.10.07)

Kanton	AG	BE	BL/BS	GR	LU/ZG	SO	SG	TG
Anzahl Doku-blätter	4	1	9	1	4	2	7	6

Tabelle 18: Informationsveranstaltungen (1.5.07-31.10.07)

Kanton	AG	BE	BL/BS	SO	SG	TG
Veranstaltung fand statt	1	0	3	0	0	3

4.1.1 Beratungen

Auf Grund der 37 Dokumentationsblätter ist von 37 Beratungen auszugehen. Von diesen sind 27 in ihrer Art näher spezifiziert. 24 Beratungen wurden innerhalb von 14 Tagen bearbeitet. Nur 2 benötigten mehr als 14 Tage. In einem Fall findet sich keine Angabe. Im Vergleich zur Pilotphase ist von einer Verbesserung auszugehen. In der Pilotphase wurden gut 70% aller Anfragen innert 14 Tagen bearbeitet, in der Hauptphase des Projektes 90%. Meistens erfolgen die Beratungen per Email oder per Telefon, in Ausnahmefällen durch ein Gespräch vor Ort (Tab. 19).

Tabelle 19: Art der Beantwortung von Anfragen nach kantonaler Lungenliga, Dokumentationsblätter (1.5.07-31.10.07)

Kanton	AG	BE	BL/BS	SO	SG	TG
e-mail	3	0	1	0	2	4
Telefon	3	0	2	1	2	4
Gespräch vor Ort	0	0	1	0	0	2
Fax	0	0	0	0	0	0
Anderes	0	0	0	0	0	2
Total	6	0	4	1	4	12

4.1.2 Materialversand

Bezüglich Materialversand finden sich nur wenige Angaben. Hier ist davon auszugehen, dass wohl nur in den wenigsten Fällen ein Dokumentationsblatt ausgefüllt wurde. Sollte der Materialversand dokumentiert werden, wäre zwingend die Dokumentation zu verbessern (Tab. 20). Eine zuverlässige Aussage zur Anzahl der Betriebe, die nur Material bestellt haben, ist somit nicht möglich. Die Frage,

ob alle Materialbestellungen bearbeitet werden konnten, lässt sich mit den verfügbaren Evaluationsinstrumenten nicht beantworten. Hier wäre ein Ansatz der Selbstevaluation sinnvoll.

Tabelle 20: Materialversand nach kantonaler Lungenliga, Basisdokumentationsblätter (1.5.07-31.10.07)

Kanton	AG	BE	BL/BS	SO	SG	TG
Flyer	2	0	0	1	1	3
Display	1	1	0	1	0	2
Giveaways	1	1	0	0	0	2
Anderes	3	1	1	1	0	3
Total	7	3	1	3	1	10

4.2 Charakteristika Betriebe

Insgesamt wurden bisher 48 Betriebe beraten. Für die Beschreibung der Betriebe hinsichtlich Betriebstyp und –grösse wurde die vom Bundesamt für Statistik verwendete Klassifikation angewandt. Aus der untenstehenden Tabelle ist ersichtlich, dass das Angebot der Lungenliga in der Regel von Grossbetrieben in Anspruch genommen wird, zur Hauptsache von Industriebetrieben. Die zweithäufigste Interessentengruppe sind Betriebe, die der öffentlichen Verwaltung oder dem Gesundheits- oder Sozialwesen zuzuordnen sind. Im Vergleich zur Pilotphase (01.01.2006 – 30.04.2007) hat der relative Anteil der Betriebe aus der öffentlichen Verwaltung und dem Gesundheits- und Sozialwesen in der Hauptphase des Projektes zugenommen (Tab. 21, 22).

Tabelle 21: Kontaktierte Betriebe während der Pilotphase

Betriebstyp	Betriebsgrösse (Vollzeitäquivalente)			Total
	10-49	50-249	>249	
Verarbeitendes Gewerbe, Industrie	1	9	5	15
Energie, Wasserversorgung	0	1	0	1
Kredit- und Versicherungsgewerbe	0	0	2	2
Gesundheits- und Sozialwesen	0	3	1	4
Sonstige Dienstleistungen für Dritte	1	0	0	1
Total	2	13	8	23

Tabelle 22: Kontaktierte Betriebe ab 01.05.2007

Betriebstyp	Betriebsgrösse (Vollzeitäquivalente)			Total
	10-49	50-249	>249	
Verarbeitendes Gewerbe, Industrie	1	7	5	12
Handel, Rep. von Gebrauchsgütern	0	1	0	1
Verkehr, Nachrichtenübermittlung	0	0	1	1
Öffentl. Verwaltung, Sozialversicherung	0	3	2	5
Gesundheits- und Sozialwesen	0	3	2	3
Total	1	14	10	25

Zur Frage der ersten Kontaktaufnahme fanden sich nur auf 2/3 der Dokumentationsblätter Angaben. Gemäss diesen Angaben erfolgte in 90% (n=27) die erste Kontaktaufnahme durch den Betrieb. In 1/10 der Fälle (n=3) wurde der Kontakt durch die Lungenliga aufgenommen.

In knapp 2/3 der Dokumentationsblätter finden sich auch Angaben, wie die Betriebe auf das Angebot aufmerksam wurden. In 1/3 wurde das Projekt „Rauchstopp-Trainings“ empfohlen. In 2 Fällen sind Betriebe durch den Flyer darauf aufmerksam geworden. Rund die Hälfte der Fälle setzt sich aus ganz unterschiedlichen Konstellationen zusammen. Bei den Empfehlungen ist festzustellen, dass 1/3 auf Empfehlungen von Privatpersonen, 1/3 auf Empfehlungen von anderen Betrieben und 1/3 auf Empfehlungen von öffentlichen Ämtern resp. Lungenligen beruht. Bei den sonstigen Mechanismen sticht die Information aus dem Internet hervor: Diese wurde in 1/4 der Fälle genutzt.

Bezüglich bestehender Rauchregelungen in den Betrieben finden sich ebenfalls Angaben in 2/3 der Fälle. In über 50% der Betriebe (n=16) besteht ein Rauchverbot in den Räumlichkeiten des Betriebes. Es ist aber ein Raucherzimmer vorhanden. In 20% (n=6) besteht ein Rauchverbot ohne Ausnahme, in 2 Betrieben bestand ein generelles Rauchverbot auf dem ganzen Gelände. In 3 Betrieben bestanden keine Einschränkungen betreffs des Rauchens (Tab. 23).

Tabelle 23: Bestehende Regelungen im Betrieb betreffs Rauchen

Regelungen	Freq.	%	Cum.
Generelles Rauchverbot auf dem ganzen Gelände	2	6.67	6.67
Rauchverbot in den Räumlichkeiten, ohne Ausnahme	6	20.00	26.67
Rauchverbot in den Räumlichkeiten, Raucherzimmer	16	53.33	80.00
Keine Einschränkungen betreffs Rauchen	3	10.00	90.00
Andere	3	10.00	100.00

Bei den 3 Betrieben, die andere Regelungen getroffen haben, handelt es sich um einen Betrieb, in welchem die Büroarbeitsplätze rauchfrei sind, aber nicht die Produktionsarbeitsplätze. Ein weiterer Betrieb wird ein generelles Rauchverbot einführen, ein anderer entschloss sich, rauchfrei zu sein, war aber gegen die Anbringung jeglicher Verbotstafeln. Zu der Frage „seit wann diese Regelung besteht“ finden sich nur in 6 Fällen Angaben. Eine Aufschlüsselung ist auf Grund der kleinen Anzahl nicht sinnvoll. Unter dem Punkt „geplante Massnahmen“ bewegt sich der Grossteil der Betriebe in die Richtung von Massnahmen, die ein generelles Rauchverbot auf dem Gelände des ganzen Betriebes fordern respektive ein generelles Rauchverbot in den Räumlichkeiten. ¼ plant ein Rauchverbot mit der Zulassung von Raucherräumen (Tab. 24).

Tabelle 24: Bereits geplante Massnahmen betreffs Rauchregelungen im Betrieb

Regelungen	Freq.	%	Cum.
Keine Änderungen geplant	9	29.03	29.03
Generelles Rauchverbot auf dem ganzen Gelände	7	22.58	51.61
Rauchverbot in den Räumlichkeiten, ohne Ausnahme	7	22.58	74.19
Rauchverbot in den Räumlichkeiten, Raucherzimmer	2	6.45	80.65
Andere	6	19.35	100.00

Bezüglich Zeithorizont ist in den meisten Betrieben geplant, diese Massnahmen im Verlauf des nächsten halben Jahres umzusetzen.

Auf allen Dokumentationsblättern, bei welchen die Durchführung einer Informationsveranstaltung dokumentiert wurde, fanden sich auch Angaben zu Personen, die vom Betrieb anwesend waren. So waren bei der Hälfte der Informationsveranstaltung Mitglieder der Direktion anwesend, in knapp der Hälfte Mitglieder des Betriebskaders und in etwas mehr als der Hälfte Mitglieder des Personaldienstes. Mitglieder des technischen Dienstes zur Unterstützung waren in der Regel nicht anwesend.

Bei der Dokumentation des Trainingsabschlusses respektive der Intervention beim Betrieb finden sich nur wenige Angaben, da diese Fragen erst seit der Hauptphase erhoben werden und noch nicht alle Trainings abgeschlossen sind. Aus den Angaben von ca. 10 Betrieben zeichnet sich ab, dass in 2/3 die Intervention der Lungenliga die Akzeptanz geplanter Massnahmen betreffs Rauchregelungen erhöht hat. Die Betriebe sind in der Regel mit den gebotenen Dienstleistungen gut bis sehr zufrieden (Notenskala 1-6: Mittelwert 5.6, Standardabweichung 0.8). Verbesserungsvorschläge wurden keine geäussert.

Im Weiteren wurde untersucht, von wem die Kosten des Trainings übernommen werden respektive ob die Trainingszeit als Arbeitszeit anrechenbar ist. In den meisten Fällen werden die Kosten vom Betrieb übernommen, die Trainingszeit ist aber nicht als Arbeitszeit anrechenbar (Tab. 25).

Tabelle 25: Trainingskosten, Trainingszeit

Die Kosten des Trainings werden:	Trainingszeit (TZ) voll als Arbeitszeit anrechenbar	TZ teilweise anrechenbar	TZ gar nicht anrechenbar	Total
Vollständig vom Betrieb übernommen	3	0	7	10
Teilweise durch den Betrieb und den Mitarbeiter übernommen	0	1	4	5
Die Kosten werden je nach Erfolg des Mitarbeiters übernommen	0	1	0	1
Total	3	2	11	16

Der Vorschlag vom IFT, dass die Kosten vom Betrieb je nach Erfolg des Mitarbeiters beim Rauchstopp übernommen werden, wurde nur in einem Fall wahrgenommen.

5 Vergleich mit Projektzielen bei Eingabe, Stand März 07

Quantitative Indikatoren/Ziele	Soll-Wert	Ist-Wert	Rel. Ziel-Erreichungsgrad
Anzahl Betriebsberatungen	100 – 200/Jahr	74/Jahr*	74%
Anzahl Informationsveranstaltungen	100 – 200	14*	14%
Durchschnittliche Teilnehmerzahl Informationsveranstaltung:			
Anzahl Raucher	15	9 (Median)	60%
Anzahl Nichtraucher	2	1 (Median)	50%
Anzahl Rauchstopp-Trainings	20 – 40	12*	60%
Durchschnittliche Teilnehmerzahl	8	6	75%

Qualitative Indikatoren/Ziele	Soll-Wert	Ist-Wert	Rel. Ziel-Erreichungsgrad
Qualitativ sind die Betriebe mit der Beratung/Prozessbegleitung zufrieden	80% (gut bis sehr-gut)	85%	106%
Beantwortung der Anfragen innert 2 Wochen	100%	90%	90%
Erfolg Rauchstopp (Aufh�rtrate)	40% **	39%***	98%
Drop out-Rate, Teilnehmer	<40%	<5%	800%
Teilnehmer finden Coping-Strategien hilfreich	80%	90%	113%
Die Erwartungen der Teilnehmer an das Rauchstopp-Training sind befriedigt	60%	74%	123%
Weiterempfehlung des Trainings durch die Teilnehmer	60%	88%	147%
Teilnehmer, die weiter rauchen, haben sich im transtheoretischem Modell verbessert	Mind. 1 Stufenanstieg (keine %-Vorgabe)	20%	

* Die Ist-Werte wurden vom Beobachtungszeitraum 6 Monate (1.5.07 – 31.10.07) auf 12 Monate hochgerechnet

** Intention to treat (nach 12 Monaten)

*** Intention to treat (nach Kursende): Auf Grund der vorliegenden Daten dürfte der wahre Wert der Aufh rtrate zwischen 39% und 68% liegen.

Eine Bewertung der Soll-Werte, Ist-Werte sowie mögliche Ursachen für das Erreichen resp. Nichterreichen erfolgt im anschliessenden Kapitel „Diskussion“. Daraus folgende mögliche Konsequenzen werden im Kapitel „Empfehlungen“ angeführt.

6 Diskussion

Das Angebot „Rauchstopp-Trainings“ scheint den Betrieben wirklich ein Anliegen zu sein, da bei der Informationsveranstaltung sowohl Kaderleute wie auch Direktionsmitglieder in gut der Hälfte der Fälle anwesend sind.

Generell scheint es, dass die **Betriebe** mit dem Angebot sehr **zufrieden** sind (Note 5.6). In einer Mehrzahl der Betriebe (2/3) scheint das Projekt auch eine Katalysatorwirkung hinsichtlich Raucherregelungen zu haben. Nahezu alle **Anfragen** wurden innerhalb von 14 Tagen, meist noch am selben Tag, **bearbeitet**. Die 2 Fälle, welche längere Zeit beanspruchten, sind auf terminliche Rahmenbedingungen von Seiten der beratenen Betriebe zurückzuführen. Bei der Bewertung dieses Indikators ist festzuhalten, dass ein Soll-Wert von 100% als gestecktes Ziel vollkommen unrealistisch ist, da das Einhalten der Frist ja nicht nur von der Lungenliga sondern auch von dem beratenen Betrieb resp. der zeitlichen Verfügbarkeit der Ansprechpersonen abhängt. Realistisch wäre es, hier von einem Wert zwischen 70 und 90% auszugehen. Immerhin konnte im Vergleich zur Pilotphase festgestellt werden, dass eine Verbesserung der 14-tägigen Frist festzustellen ist: in der Pilotphase erfolgte eine Bearbeitung aller Anfragen innert 2 Wochen bei 70%, in der Projekthauptphase bei 90%.

Am deutlichsten wurde das Ziel von 100 bis 200 **Informationsveranstaltungen** verpasst. Hierbei zeigt sich auf Grund der Dokumentationsblätter, dass eine Informationsveranstaltung fast schon mit dem Aufwand für ein Rauchstopp-Training für den Betrieb gleichzusetzen ist. Beratungen und Materialversand erfolgen sichtlich niederschwelliger. Insofern dürfte es realistisch sein, höchstens von einer Anzahl Informationsveranstaltungen von 40 bis 60 pro Jahr auszugehen. Um eine höhere Anzahl Informationsveranstaltungen zu erreichen, müsste die Lungenliga proaktiver mit den Betrieben Kontakt aufnehmen und gewissermassen eine „aggressive“ Marketingstrategie für ihre Rauchstopp-Trainings verfolgen. Es ist allerdings sehr fraglich, wie sehr sich ein solches Vorgehen mit der sonstigen öffentlichen Wahrnehmung und Aufgabe der Lungenliga vereinbaren liesse. Die Lungenliga ist ja kein gewinnorientiertes Unternehmen.

Es spricht für das **Training**, dass nur wenige Teilnehmende das Training abgebrochen haben. Die **Abbruchrate** liegt unter 5%. Auch in den anderen **qualitativen Indikatoren** (Weiterempfehlung des Trainings durch die Teilnehmer, Vermitteln von hilfreichen Coping Strategien, Erfüllung der Erwartungen) schneiden die Rauchstopp-Trainings sehr gut ab. Dies spricht sowohl für die Qualität des Kursinhaltes wie auch für die Qualität der bisher kursgebenden Rauchstopp-TrainerInnen.

Bezüglich der **Aufhörrate** von 39% ist festzuhalten, dass der Rücklauf der Posttrainings-Fragebogen sich verbessern sollte, da das Instrument seit der Hauptphase bedeutend gekürzt wurde. Es sollte durch die Projektleitung den Rauchstopp-TrainerInnen aber nochmals nahegelegt werden, dass ein schlechter Rücklauf der Evaluationsinstrumente zu einer schlechteren Aufhörrate bei einer Auswertung nach dem Intention to treat-Ansatz führt. Auf Grund der vorliegenden Daten dürfte der wahre Wert der Aufhörrate zwischen 39% und 68% liegen. Ein genauere Schätzwert kann in 6 bis 12 Monaten, resp. per Ende 2008 abgegeben werden.

Das qualitative Ziel, dass Teilnehmer, die weiter rauchen, sich im **transtheoretischen Modell** verbessern, ist in den Zielvorgaben nicht näher quantifiziert (z.B. 10% oder 90%). Beim transtheoretischen Modell handelt es sich um ein Modell, in welchem ein **Stufenanstieg**, aber auch ein Stufenabstieg möglich sind. Der festgestellte Wert, dass 20% der noch Rauchenden wenigstens eine Stu-

fenverbesserung erreicht haben, ist bereits als gut zu bewerten. Als Soll-Wert-Vorgabe wäre ein Wertebereich von 10 bis 30% als zu erfüllendes Kriterium sinnvoll und realistisch.

Mit den gekürzten **Evaluationsinstrumenten** hat auch die Bereitschaft einer Teilnahme an der Evaluation, zumindest was den Prä- und Posttrainings-Fragebogen betrifft, zugenommen respektive kann diese durch den Trainingsleiter besser vermittelt werden. Die Tatsache, dass sich sämtliche NichtteilnehmerInnen an der Evaluationsstudie in der Hauptphase aus einem einzigen Training rekrutieren, lässt den Schluss zu, dass es wohl während dieses Trainings dem Trainingsleiter bei den betreffenden Teilnehmenden nicht gelungen ist, den Sinn und Zweck der Evaluation näher zu bringen.

Gesamthaft zeichnet sich auch eine gute konstante Teilnahme über den ganzen Trainingsverlauf ab. Nur in 1/6 der Trainings findet sich ein relevanter Abfall der TeilnehmerInnenzahl. Dies betrifft vor allem die 3 Einheiten „telefonische Betreuung“. Möglicherweise liegt die Ursache für diesen Abfall auch in einer schlechten telefonischen Erreichbarkeit der Teilnehmenden.

Die **Anzahl** der durchzuführenden **Rauchstopp-Trainings** wurde zu 60% erreicht innert des ersten halben Jahres. Hierbei ist aber festzuhalten, dass auch während der Pilotphase die meisten Kurse im Winterhalbjahr erfolgten. Die Hauptphase fing im Mai an. Erfahrungsgemäss finden in den Sommermonaten Juni/Juli/August wegen der Hauptferienzeit kaum 2-monatige Kurse in Betrieben statt. Insofern ist von einer Verbesserung der Anzahl Rauchstopp-Trainings pro Jahr auszugehen.

Ferner hat die projektleitende Lungenliga beider Basel auch mit Unwägbarkeiten umzugehen. So wurden die Rauchstopp-TrainerInnen im Kanton St. Gallen weitgehend durch aktuelle politische Aktivitäten (Initiative im Kanton St. Gallen) absorbiert. Im Kanton Zürich wurde die Stelle für Raucherprävention intern wieder gestrichen (nach Angaben der Lungenliga beider Basel). Solche Ereignisse schlagen sich natürlich auch als Fluktuationen in der Anzahl abgehaltener Rauchstopp-Trainings nieder.

Da die Hauptphase des Projektes erst seit 1. Mai 2007 läuft, kann zum Einjahres-Follow-up zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussage gemacht werden. Ebenfalls kann keine Aussage bezüglich des Follow-ups während der Pilotphase gemacht werden, weil von einer weiteren Auswertung aus finanziellen Gründen abgesehen wurde. Ferner ist festzuhalten, dass aus finanziellen Gründen die Befragung nach 6 Monaten nach Trainingsende gestrichen wurde. Dafür wurden in die Follow-Up Befragung nach 12 Monaten Fragen integriert, die eine Abschätzung der Aufhörrate 6 Monate nach Trainingsende zulassen. Diese Daten werden aber erst nach 12 Monaten verfügbar sein und dürften, unter Annahme eines mit der Zeit zunehmenden Drop Outs bei der Evaluation bei einer Intention to treat-Analyse schlechtere Resultate ergeben als eine direkte Befragung nach 6 Monaten.

Bezüglich der Trainer lässt sich festhalten, dass sicher eine ausreichende Anzahl von Trainern ausgebildet wurde, möglicherweise eine zu grosse Anzahl. So wurde im Evaluationsbericht der Pilotphase empfohlen, nicht weitere Trainer auszubilden. Durch die gegenwärtig vorliegenden Zahlen, nur 1/4 der Trainer war bisher aktiv, scheint sich dies zu bestätigen. Vorbehalte bestehen wegen der zuletzt im Oktober 2007 ausgebildeten Trainer. Hier ist die Zeitdauer nach Ausbildungsabschluss zum Aktivwerden zu kurz. Es ist unrealistisch, dass ein im Oktober 2007 ausgebildeter Trainer bereits per 1. November 2007 einen Kurs realisiert. Trotzdem wäre es wohl ratsam, die vorhandenen Rauchstopp-TrainerInnen nach Möglichkeit flexibler, über die Kantonsgrenzen hinaus einzusetzen. Problematisch dabei wirkt sich allerdings der Finanzierungsmodus aus, da die Wegzeit und Reisespesen den nach-

fragenden Betrieben in Rechnung gestellt werden. Möglicherweise müsste für Situationen, die diese vermehrte Flexibilität erfordern, ein anderer Finanzierungsmodus für diese Zusatzkosten durch die Projektleitung in Erwägung gezogen werden. Andernfalls entstehen dem Projekt mehr Kosten durch Ausbildung von mehr Rauchstopp-TrainerInnen, die voraussichtlich gar nicht genügend aktiv werden können.

Unter der Annahme, dass die Rauchstopp-Trainer auch ausserhalb dieses Programms Raucherentwöhnungskurse abhalten, dürften die meisten Trainer routinierter sein als auf Grund der Trainingszahlen anzunehmen ist. Diese Hinweise waren aber lediglich während der Pilotphase mit dem ausführlicheren Instrument und durch gezielte Einzelnachfragen telefonisch zu erheben. Aktuell werden Daten in dieser Hinsicht nicht mehr erhoben. Die Lungenliga beider Basel hat vorgesehen, anlässlich von Rauchstopp-Trainer-Refresher-Kursen, qualitative Aspekte bezüglich der aktiven Rauchstopp-TrainerInnen in antizipativer Art selbst zu erheben und zu evaluieren.

7 Empfehlungen

Empfehlung 1:

Auf Grund der Zahlen, die zu den **TrainingsleiterInnen** vorliegen, ist abzurufen, 2008 weitere Rauchstopp-TrainerInnen auszubilden. Viel mehr sollte darauf geachtet werden, dass die bereits ausgebildeten Rauchstopp-TrainerInnen vermehrt aktiv werden können. Da sich ein Rauchstopp-Training über 2 bis 3 Monate hinziehen kann, Organisation inklusive, wären 2 bis 3 durchgeführte Rauchstopp-Trainings pro Jahr pro Trainer eine anzustrebende minimale Zielgrösse.

Empfehlung 2:

Die Datenqualität, insbesondere des **Dokumentationsblattes** hinsichtlich der Angaben zu Prozessdaten (Materialversand, Beratungen), ist in den kantonalen Lungenligen zu verbessern. Dies fällt in den Aufgabenbereich der Projektleitung. Finanzielle Anreize für die teilnehmenden kantonalen Lungenligen für ein qualitativ gutes Ausfüllen der Dokumentationsblätter respektive für ein Ausfüllen an sich sind vorhanden.

Empfehlung 3:

Aus Sicht der Evaluation und basierend auf Vergleichen zwischen Pilot- und Hauptphase hat sich für das Projekt „Rauchstopp-Trainings“ die Kürzung der **Evaluationsinstrumente** gelohnt. Der Rücklauf ist verbessert und es gibt weniger Widerstände respektive kritische Bemerkungen von Seiten der Trainingsleiter. Von einer Ausweitung oder Vergrösserung der Evaluationsinstrumente ist deshalb zukünftig abzusehen, auch wenn so nicht mehr eine wissenschaftliche Begleitevaluation, wie ursprünglich durch das IFT München vorgesehen, möglich ist.

Empfehlung 4:

Eine Korrektur unrealistischer **Soll-Wert-Vorgaben** (Stand März 2007) nach Rücksprache mit dem Tabakpräventions-Fonds zu erfolgen. Zu korrigieren wäre die 100%-Vorgabe der Beantwortung der Anfragen innert 2 Wochen. Quantitativ zu korrigieren ist ferner die Anzahl der Informationsveranstaltungen. Der Parameter, der einen Stufenanstieg im transtheoretischen Modell bei den weiter Rauchenden vorsieht, ist quantitativ näher zu definieren.

Empfehlung 5:

Für die Erfassung des **Materialversandes** ist das Dokumentationsblatt relativ ein hochschwelliges Instrument. Die Lungenliga beider Basel erfasst zentral alle Materialein- und -ausgänge. Da weiterhin von einem Underreporting bei lediglichem Materialversand auszugehen sein wird, wäre aussagekräftiger, wenn die Lungenliga beider Basel in einem selbstevaluativen Ansatz die Materialein- und -ausgänge ihrer Materialzentrale (an die anderen Lungenligen) selbst statistisch deskriptiv auswertet. Die Angaben zum Materialversand können im Dokumentationsblatt verbleiben.