



Universität
Bremen

Die Rolle der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in der Tabakkontrolle

Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
durch den
Promotionsausschuss Dr. phil
der Universität Bremen

vorgelegt von:
Anna Raith

Bremen, den 13. März 2024

Widmung

Für meinen Sohn.

Danksagung

Ich danke Prof. Dr. Ansgar Gerhardus für die Promotionsbetreuung sowie meinem Zweitbetreuer Prof. Dr. Hajo Zeeb, den Mitgliedern der Prüfungskommission und allen weiteren Personen, die meine Arbeit lesen. Auch danke ich der Universität Bremen, die dafür den Rahmen gegeben hat. Ich danke auch dem Fachbereich 11 und den Mitarbeitenden des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, die unterstützend zur Seite standen. Ein weiterer Dank gilt den Doktorandinnen und Doktoranden, mit denen ein Austausch stattgefunden hat, und hier besonders Stephan Rieks und Imke Schilling. Ein besonderer Dank geht auch an die Organisationsvertretenden für ihre Teilnahme an meiner Befragung.

Eidesstattliche Versicherung

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Arbeit ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt sowie Textstellen, die anderen Werken wörtlich oder dem Sinne nach entnommen sind, unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht habe.

Ich versichere, dass die Arbeit nicht anderweitig in dieser oder ähnlicher Form als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher keine weiteren Promotionsversuche unternommen habe.

Bremen, den 13. März 2024

Vorbemerkungen

Die hier überwiegend gewählte männliche Sprachform (z. B. Raucher, Konsumenten u. ä.) meint grundsätzlich beide Geschlechter. Es erfolgte eine weitgehende Orientierung an den zugrunde gelegten Quellen. In der Arbeit werden aber geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Tabakgebrauch u. a. auch thematisiert.

Bei Übersetzungen von Fachbegriffen von und aus dem Englischen wurde hauptsächlich mit „Linguee“¹ gearbeitet.

Begriffswahl: orientiert an den zugrunde gelegten Quellen, wie z. B.:

„Developing countries“ / „Low and middle income countries“: hier schwerpunktmäßig „Low and middle income countries“ verwendet.

„Tabakgebrauch“ / „Tabakkonsum“: in den zugrunde gelegten Quellen „Tabakkonsum“ oftmals synonym mit „Tabakgebrauch“ verwendet.

„Therapie“: meint hier meistens Psychotherapie, im Gegensatz zu Medikamenten u. a. Interventionen.

Beim Zitieren von komplexen und sachbezogenen Fachtexten erfolgte eine bewusst enge Orientierung am Originaltext.

¹ <https://www.linguee.de> (19.11.2021)

Zusammenfassung

Hintergrund: Auch wenn durch Initiativen der Tabakkontrollbewegung bereits einiges erreicht wurde, ist der weltweite Tabakgebrauch laut der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) bis heute eine der größten Gesundheitsgefährdungen und dies besonders in armen und ärmeren Ländern und Regionen. Tabakgebrauch greift nahezu jedes menschliche Organ an und kann dazu führen, dass übertragbare und nicht übertragbare Krankheiten ausbrechen bzw. entscheidend dazu beitragen, dass sie entstehen und/oder sich verschlimmern. Treiber der Ausbreitung des weltweiten Tabakgebrauchs sind u. a. das Eindringen von „westlichen“ Produkten in vormals davon nicht berührten Regionen und die emotionsregulierende und suchterzeugende Wirkung des Nikotins, die gerade Menschen in prekären Lebenslagen wie ein Bewältigungsmechanismus vorkommen kann. Um diesem „Trend“ entgegenzuwirken, existieren Tabakkontrollinterventionen, zu denen sich zum einen die große Mehrheit der Staaten über das Rahmenübereinkommen zur Tabakkontrolle der WHO (engl. WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) verpflichtet hat und die zum anderen wissenschaftlich untersucht werden. Dahinter steht z. B. oftmals die Frage, welche der Möglichkeiten von Tabakkontrolle priorisiert werden sollten, um unter den jeweiligen Bedingungen einen hohen Effekt zu erzielen, z. B. in Form von Aufgabegeräten oder Präventionserfolgen. Als Akteure zur Unterstützung der Tabakkontrolle in Ländern mit durchschnittlich geringem und mittlerem Einkommen liegt der Fokus in dieser Arbeit auf Organisationen der (deutschen) Entwicklungszusammenarbeit.

Ziel: Das Oberziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Konzepte von Tabakkontrolle in der Entwicklungszusammenarbeit von Organisationen aus Deutschland zu untersuchen. Für die Tabakkontrolle sollte zunächst die Evidenz von Interventionen untersucht werden, die in dem FCTC erwähnt werden. Für die Entwicklungszusammenarbeit sollte die Perspektive von der Organisationen aus der Entwicklungszusammenarbeit erhoben werden. Aufbauend auf den daraus resultierenden Erkenntnissen soll dargestellt werden, ob und wenn ja, inwiefern Tabakkontrolle ein Aufgabengebiet von (deutscher) Entwicklungszusammenarbeit ist bzw. oder sein könnte und welche Maßnahmen aus unter Berücksichtigung der Evidenz dafür in Frage kämen.

Methode: Für das erste Ziel wurde eine Evidenzanalyse zur Wirksamkeit von allen möglichen Tabakkontrollinterventionen in Ländern mit durchschnittlich geringem und mittlerem Einkommen (engl. Low and Middle Income Countries, LMIC) durchgeführt. In einem mehrschrittigen Verfahren wurden zunächst Informationen aus systematischen Über-

sichtsarbeiten (engl. Systematic Reviews) der Cochrane Collaboration in Tabellenform extrahiert. Dadurch war aber nur ein Teil der im FCTC erwähnten Maßnahmen abgedeckt. Nach einem Abgleich mit den bis jetzt abgedeckten und den noch ausstehenden Interventionen/Interventionsformen der FCTC wurden eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) und ein Overview of Systematic Reviews einbezogen. Aus der Leitlinie wurde das System zur Darstellung von Empfehlungsgraden übernommen, da sich daraus unmittelbar Handlungsempfehlungen ableiten lassen. Dies bedingte eine Umkodierung der bestehenden Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und des Overviews. Zu den dann noch ausstehenden Interventionen/Interventionsformen wurde eine ergänzende Recherche in zwei Datenbanken durchgeführt, die keine neuen Erkenntnisse erbrachte.

Zu dem zweiten Ziel wurde zunächst in einem Prätest ein Fragebogen mit 20 Fragen an Abteilungsmitarbeitende (intern) und ausgewählte Vertretende der Entwicklungszusammenarbeit (extern) geschickt und ausgewertet. Basierend auf der Analyse der Evidenz wurden 27 Interventionen (10 individuenbasierte Maßnahmen, 17 populations-bezogene Maßnahmen) vorgeschlagen. Der endgültige Fragebogen wurde in das Programm „EFS-Survey“ übertragen. Im November und Dezember 2019 wurde der Fragebogen als Online-Link an 119 Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit versandt. Die Mehrheit der Organisationen wurde über den Verteiler der AG Gesundheit des Bundesverbands entwicklungspolitischer und humanitärer Nichtregierungsorganisationen (VENRO) kontaktiert. Organisationen mit Gesundheitsbezug, die nicht Mitglied der AG waren, wurden gesondert angeschrieben. Die Auswertung erfolgte anonymisiert.

Ergebnisse: Die meisten der eingeschlossenen Studien untersuchen individuen-, im Gegensatz zu gruppen- bzw. populationsbezogene Interventionen. Gemessen an der Zahl der Studienteilnehmenden überwiegen dagegen die gruppen-/populationsbasierten Interventionen gegenüber individuenbezogenen Interventionen. In Bezug auf die Zuteilung zu den Interventionsmöglichkeiten aus der FCTC überwiegt der Artikel 14 („Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums“) mit 81 zugeteilten Interventionsergebnissen. Die Ergebnistabelle enthält insgesamt 102 Tabakkontrollinterventionen, die nach Interventionsformen und –dimensionen (z. B. Interventionsdurchführer, Settings, Zielgruppen) unterscheidbar sind und den Subkategorien Therapeutische Interventionen, Beratung; Bildung, Schulung und Training; Information und Selbsthilfe, Anreize, Feedback über Biomarker, Pharmakologische Interventionen, Alternative Therapien (individuenbezogene

Interventionen), Medien, Gesetze und Verbote, Produktbezogene Interventionen, Gesundheitssystembasierte Interventionen, Preisbezogene und steuerliche Interventionen und Interventionen zur Einämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring (gruppen-/populationsbezogene Interventionen) zugeordnet wurden. Die Bewertung der Evidenz ergab, dass Therapeutische Interventionen, Beratung; Bildung, Schulung und Training und Information und Selbsthilfe in der Tabakprävention und –entwöhnung gut bzw. sehr gut wirksam sind und deren Einsatz empfohlen werden kann. Anreize zur Raucherentwöhnung und Feedback über Biomarker können dagegen nur eingeschränkt als wirksam bezeichnet werden. Pharmakologische Interventionen zeigten unterschiedliche Ergebnisse; von den meisten wird abgeraten. Die Mehrzahl der alternativen Therapien, wie z. B. Akupunktur oder Akupressur können ebenfalls nicht empfohlen werden. Eine Ausnahme stellt die Methode der Hypnotherapie dar, die besser bewertet wird. Bei den gruppen-/populationsbezogenen Interventionen können bis auf die E-Zigarette und anbieterbasierte Anreize alle untersuchten gruppen-/populationsbezogenen Interventionen empfohlen werden. Der Anteil von LMIC-Studien an den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration zugrundeliegenden Primärstudien beträgt in der Datenextraktionstabelle (erste Tabelle) 2,8% und nach Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien (zweite Tabelle) 3,41%. Die meisten dieser Studien sind aus Upper middle income countries, während Studien aus Lower Income Countries gar nicht vorkommen. Dabei liegt die Region Ostasien und Pazifik (inkl. China) an erster Stelle. Danach kommen die Regionen Lateinamerika und Karibik, Europa und Zentralasien, Südasien, Afrika südlich der Sahara (engl. Sub-Saharan Africa, SSA; fünf Studien aus Südafrika) und mittlerer Osten und Nordafrika (zwei Studien aus dem Iran).

Bei der Befragung antworteten 17 der 119 adressierten der Organisationen. Nur sechs der 17 Organisationen konnten sich vorstellen, Interventionen zur Tabakkontrolle zu initiieren oder zu unterstützen bzw. haben dies bereits getan. Der häufigste angegebene Grund gegen die Durchführung von Tabakkontrolle war, dass sich die jeweilige Organisation außerhalb des Gesundheitssektors zuordnete. Weitere Gründe waren die wahrgenommene fehlende Zuständigkeit und Sorge, dass dies als Bevormundung wahrgenommen werden könnte. Die Organisationen, die Tabakkontrolle durchzuführen/unterstützen und/oder sich dies für die Zukunft vorstellen können nannten als mögliche Interventionen: Information und Selbsthilfe, Beratung und Bildung, Schulung und Training (individuenbasiert), Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen zum Tabakanbau, Gesetze und Verbote und Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte (populationsbasiert). Aufgrund der geringen Responserate) können die Ergebnisse nicht als repräsentativ gelten.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Für eine Reihe der im FCTC genannten Interventionen liegt Evidenz für ihre Wirksamkeit vor. Diese wurde allerdings fast ausschließlich in Ländern mit hohem durchschnittlichem Einkommen erhoben. Die Übertragbarkeit dieser Erkenntnisse sollte daher im Einzelfall geprüft werden. Die Befragung der Organisationen erbrachte nur eine geringe Rücklaufquote. Immerhin sechs der 17 antwortenden Organisationen zeigten sich offen für verschiedene Interventionen der Tabakkontrolle. Die Tatsache, dass elf der antwortenden Organisationen eine Zuständigkeit für den Bereich Gesundheit verneinten ist etwas überraschend, da ein Großteil der befragten Organisationen Mitglieder der gleichnamigen AG bei VENRO waren. Da die Befragung anonym war, lässt sich dies allerdings nicht für den Einzelfall nachvollziehen. Über die 102 Organisationen, die nicht geantwortet haben, lassen sich keine verlässlichen Aussagen treffen. Es ist allerdings anzunehmen, dass Organisationen, die sich in dem Bereich engagieren (wollen) mit höherer Wahrscheinlichkeit geantwortet hätten, also solche, die das nicht machen wollen. Auch in der Literatur oder auf Webseiten der Organisationen lässt sich nicht erkennen, dass es ausgeprägte Aktivitäten in dem Bereich gibt. Ein möglicher Grund könnte die Sorge sein, dass ein Engagement in der Tabakkontrolle als Bevormundung interpretiert werden könnte. Das wäre insofern nachvollziehbar, als Deutschland selber keine Vorreiterrolle in der Tabakkontrolle spielt. Nicht genannt wurde das Argument, dass die Evidenz für Interventionen der Tabakkontrolle nicht ausreicht. Ein nächster Schritt sollte es sein, einen Diskurs unter den Organisationen zu führen, ob Tabakkontrolle eine Rolle spielen sollte.

Summary

Background: Despite significant progress made by the tobacco control movement, global tobacco use remains a critical health threat, particularly in impoverished countries and regions. Tobacco consumption impacts nearly every human organ, contributing to both communicable and non-communicable diseases, and plays a pivotal role in their development or exacerbation. The proliferation of “western” tobacco products into previously untouched regions, coupled with nicotine’s emotion-regulating and addictive effects, presents challenges—especially for individuals facing precarious life circumstances. To address this trend, countries worldwide have committed to tobacco control interventions through the World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Scientific investigations aim to determine which tobacco control strategies should take precedence, considering factors such as quit rates and prevention outcomes. As actors supporting tobacco control in low- and middle-income countries, the focus of this thesis is on (German) development cooperation organizations.

Objective: The overall objective of this thesis is to examine the concepts of tobacco control in development cooperation of organizations from Germany. For tobacco control, the evidence of interventions mentioned in the FCTC should first be examined. For development cooperation, the perspective of organizations from development cooperation should be collected. Based on the resulting findings, it should be shown whether and if so, to what extent tobacco control is or could be a field of activity of (German) development cooperation and which measures could be considered for this, taking into account the evidence.

Methods: To achieve the first objective we conducted an evidence analysis on the effectiveness of all possible tobacco control interventions in low- and middle-income countries (LMIC). In a multi-step procedure, we first extracted information from systematic reviews of the Cochrane Collaboration in tabular form. However, this only covered some of the measures mentioned in the FCTC. After a comparison with the interventions/forms of intervention covered so far and those still outstanding in the FCTC, a guideline from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) and an overview of systematic reviews were included. The system for presenting recommendation grades was adopted from the guideline, as recommendations for action can be derived directly from it. This required a recoding of the existing results from the systematic reviews of the Cochrane Collaboration and the overview. A supplementary search was carried out in

two databases for the interventions/forms of intervention which did not yield any new findings.

For the second objective, a questionnaire with 20 questions was first sent to colleagues from the department for health services research at the University of Bremen and selected representatives of organisations for development cooperation for a pre-test and evaluated. Based on the analysis of the evidence, 27 interventions (10 individual-based measures, 17 population-based measures) were suggested. The final questionnaire was transferred to the "EFS-Survey" program. In November and December 2019, the questionnaire was sent as an online link to 119 development cooperation organizations. The majority of organizations were contacted via the mailing list of the Health Working Group of the German Association of Development and Humanitarian Non-Governmental Organizations (VENRO). Health-related organizations that were not members of the working group were contacted separately. The evaluation was anonymous.

Results: Most of the included studies examined individual-based, as opposed to group or population-based interventions. However, measured by the number of study participants group/population-based interventions predominate over individual-based interventions. With regard to the allocation to the intervention options from the FCTC, Article 14 ("Measures to reduce demand in connection with tobacco dependence and cessation of tobacco use") predominates with 81 allocated intervention results. The results table contains a total of 102 tobacco control interventions, which can be differentiated according to intervention types and dimensions (e.g. intervention implementers, settings, target groups) and assigned to the subcategories therapeutic interventions, counselling; education, training and education; information and self-help, incentives, feedback on biomarkers, pharmacological interventions, alternative therapies (individual-based interventions), media, laws and bans, product-based interventions, health system-based interventions, price-based and tax-based interventions and interventions to control marketing. The evaluation of the evidence showed that therapeutic interventions, counselling; education, training and education and information and self-help in tobacco prevention and cessation are well or very well effective and their use can be recommended. On the other hand, Incentives for smoking cessation and feedback via biomarkers only show limited effectiveness. Pharmacological interventions showed varying results; most of them are not recommended. The majority of alternative therapies, such as acupuncture or acupressure, cannot be recommended either. One exception is the method of hypnotherapy, which is rated better. With the exception of e-cigarettes and provider-based incentives, all included group/population-based interventions can be recommended. The

proportion of LMIC studies in the primary studies on which the Cochrane Collaboration's systematic reviews are based is 2.8% in the data extraction table (first table) and 3.41% after narrowing down the inclusion and exclusion criteria (second table). Most of these studies are from upper middle income countries, while there are no studies from lower income countries. Most of these studies are from The East Asia and Pacific region (including China), followed by Latin America and the Caribbean, Europe and Central Asia, South Asia, Sub-Saharan Africa (SSA; five studies from South Africa), the Middle East and North Africa (two studies from Iran).

17 of the 119 organizations addressed responded to the survey. Only six of the 17 organizations could imagine initiating or supporting tobacco control interventions or had already done so. The most common reason given for not implementing tobacco control was that the respective organization was not focussing on the health sector. Other reasons were the perceived lack of competence and concern that this could be perceived as paternalism. The organizations that carry out/support tobacco control and/or can imagine doing so in the future named the following as possible interventions: Information and self-help, counselling and education, education and training (individual-based), promotion of economically feasible alternatives to tobacco cultivation, laws and bans, and education and training for health professionals (population-based). Due to the low response rate, the results cannot be considered representative.

Discussion and conclusions: There is evidence for the effectiveness of a number of the interventions mentioned in the FCTC. However, this evidence was collected almost exclusively in countries with a high average income. The transferability of these findings should therefore be examined on a case-by-case basis. The survey of the organizations yielded only a low response rate. Nevertheless, six of the 17 responding organizations were open to various tobacco control interventions. The fact that eleven of the responding organizations claimed not to be active in the area of health is somewhat surprising, as the majority of the organizations surveyed were members of the VENRO working group on health. As the survey was anonymous, this cannot be traced for individual organisations. No reliable statements can be made about the 102 organizations that did not respond. However, it can be assumed that organizations that (want to) get involved in this area are more likely to have responded than those that do not. There is also no evidence in the literature or on the websites of the organizations that there are pronounced activities in this area. One possible reason could be the concern that involvement in tobacco control could be interpreted as paternalism. This would be understandable insofar as Germany itself does not play a pioneering role in tobacco control.

The argument that there is insufficient evidence for tobacco control interventions was not mentioned. A next step should be to have a discourse among the organizations on the role of tobacco control.

Inhaltsverzeichnis



Universität
Bremen

.....	1
Abkürzungsverzeichnis	XVI
Abbildungsverzeichnis	XX
Boxenverzeichnis	XXI
Tabellenverzeichnis	XXII
Einleitung.....	1
Aufbau der Arbeit.....	1
Überblick über den Aufbau der Arbeit.....	5
Hintergrund	6
Tabak und Gesundheit	6
<i>Schädliche Stoffe im Tabakrauch.....</i>	<i>6</i>
<i>Gesundheitliche Schäden durch Tabakgebrauch.....</i>	<i>9</i>
<i>Beschreibung der Nikotinabhängigkeit.....</i>	<i>16</i>
<i>Gesundheitliche Auswirkungen der Tabakaufgabe.....</i>	<i>19</i>
<i>Zwischenfazit: Tabak und Gesundheit.....</i>	<i>22</i>
Tabak und Global Health.....	22
<i>Was ist Global Health?.....</i>	<i>22</i>
<i>Tabakprodukte, Anbau, Produktion und Umsatz weltweit.....</i>	<i>25</i>
<i>Weltweiter Tabakgebrauch.....</i>	<i>28</i>
<i>Weltweite tabakbedingte Morbidität und Mortalität.....</i>	<i>31</i>
<i>Das Stadienmodell zur Beschreibung der Tabakepidemie.....</i>	<i>36</i>
<i>Tabak und LMIC.....</i>	<i>38</i>
<i>Kosten von Tabakgebrauch.....</i>	<i>45</i>
<i>Zwischenfazit: Tabak und Global Health.....</i>	<i>45</i>
Tabakkontrolle.....	46
<i>Die Geschichte der FCTC.....</i>	<i>46</i>
<i>Die FCTC.....</i>	<i>51</i>
<i>Die FCTC im Rahmen von Menschenrechten und Global Health Law.....</i>	<i>55</i>
<i>Die FCTC im Rahmen der Agenda 2030.....</i>	<i>56</i>
<i>Die Implementierung der FCTC.....</i>	<i>60</i>
<i>Tabakkontrolle im Rahmen der NCD-Agenda.....</i>	<i>62</i>
<i>Akteure von Tabakkontrolle.....</i>	<i>62</i>
<i>Zwischenfazit: Tabakkontrolle.....</i>	<i>63</i>
Entwicklungszusammenarbeit.....	64
<i>Was ist Entwicklung?.....</i>	<i>64</i>
<i>Was ist Entwicklungstheorie?.....</i>	<i>66</i>
<i>Was ist Entwicklungspolitik?.....</i>	<i>68</i>
<i>Was ist Entwicklungszusammenarbeit?.....</i>	<i>73</i>
<i>Kritik, Wirksamkeit und Evidenzbasierung in der Entwicklungszusammenarbeit.....</i>	<i>85</i>
<i>Die Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit.....</i>	<i>88</i>
<i>Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit.....</i>	<i>89</i>
<i>Das Selbstverständnis von deutscher Entwicklungszusammenarbeit.....</i>	<i>94</i>
<i>Entwicklungszusammenarbeit und Tabakkontrolle.....</i>	<i>96</i>
<i>Zwischenfazit: Entwicklungszusammenarbeit.....</i>	<i>97</i>
Zielsetzung und Fragestellung.....	99

Erster Teil: Evidenzlage zur Wirksamkeit von Tabakkontrolle in Ländern mit durchschnittlich niedrigem und mittlerem Einkommen (LMIC)	101
Einleitung	101
<i>Evidence-based Public Health</i>	102
<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)</i>	114
Ziel und Fragestellung.....	116
<i>Exkurs 1: Wirksamkeit</i>	117
<i>Exkurs 2: Intervention vs. Maßnahme</i>	117
Methodik.....	118
<i>Die FCTC als Grundlage aller möglichen Tabakkontrollinterventionen</i>	118
<i>Mehrschrittiges Verfahren</i>	121
<i>Gründe für die Auswahl der systematischen Übersichtsarbeiten</i>	123
<i>Datensammlung</i>	124
<i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	124
<i>Prüfung der Vollständigkeit der abgedeckten Systematic Reviews</i>	125
<i>Datenextraktion</i>	125
<i>Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien</i>	130
<i>Kategorisierung</i>	133
<i>Übernahme eines Systems von Empfehlungsgraden zur Ergebnisdarstellung</i>	137
<i>Erster Abgleich der beforschten Interventionen mit den eingeschlossenen Artikeln der FCTC</i> ...	141
<i>Integration eines Overviews of Reviews</i>	141
<i>Zusammenfassung der Ergebnisse aus drei Quellen in eine vorläufige Ergebnistabelle</i>	143
<i>„MIC-getestet“: Ergebnisse mit Studien aus MIC in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration</i>	144
<i>Zweiter Abgleich der beforschten Interventionen mit den eingeschlossenen Artikeln der FCTC</i>	145
<i>Ergänzende Recherche in zwei Datenbanken</i>	153
Ergebnisse.....	156
<i>Ergebnis aus der Prüfung der Vollständigkeit der abgedeckten Systematic Reviews</i>	156
<i>Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ der AWMF</i>	158
<i>Bewertung der Leitlinie durch Leitlinienwatch.de</i>	160
<i>Prüfung der Leitlinie auf eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration</i>	160
<i>Teilergebnis aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und der S3-Leitlinie</i>	161
<i>Der „Overview of Systematic Reviews on the Health-Related Effects of Government Tobacco Control Policies“ von Hoffman und Tan (2015)</i>	162
<i>Ergebnis der Qualitätsbewertung des Overviews nach Pieper et al. (2013)</i>	164
<i>Prüfung des Overviews auf eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration</i> ...	165
<i>Ergebnis der Umkodierung der Ergebnisse des Overviews in Empfehlungsgrade</i>	166
<i>Die Ergebnistabelle</i>	167
<i>Dimensionen der Tabakkontrolle</i>	177
<i>Beschreibung von quantitativen Aspekten der Ergebnisse</i>	178
<i>Verteilung der Interventionsergebnisse auf die eingeschlossenen Artikel der FCTC</i>	180
<i>Studien aus LMIC in den Ergebnissen</i>	181
<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	190
<i>Fehlende Evidenz und fehlende Zulassung von Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration</i>	216
Diskussion.....	216
<i>Vorbemerkung zur Interpretation der Ergebnisse</i>	217
<i>Synthese der Ergebnisse</i>	219
<i>Stärken und Schwächen der Methodik</i>	235
<i>Kritische Aspekte von Tabakkontrollinterventionen</i>	244
<i>Einordnung der Ergebnisse in die Ergebnisse von zwei ähnlichen Studien</i>	246
<i>Einordnung der Ergebnisse in die Literatur zu gesundheitsökonomischen Aspekten von Tabakkontrolle in HIC und LMIC</i>	254
<i>Empfehlungen für weitere Forschung</i>	258

<i>Schlussfolgerung und Fazit</i>	258
Zweiter Teil: Befragung zur Umsetzung und Bedeutung von Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit	263
Einleitung	263
Ziel und Fragestellung.....	264
Grundgesamtheit und Stichprobe	264
Methode	266
<i>Operationalisierung der Fragestellung</i>	267
<i>Der Prätest</i>	269
<i>Erstellen des Fragebogens</i>	275
<i>Der Fragebogen</i>	275
<i>Ethik und Datenschutz</i>	277
Ergebnisse.....	280
<i>Antwortverhalten</i>	280
<i>Beschreibung der Ergebnisse</i>	282
<i>Korrelierte Daten: Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle in Abhängigkeit von der Organisationsgröße (Zahl der MitarbeiterInnen) und des Organisationssektors</i>	293
Diskussion.....	294
<i>Synthese der Ergebnisse</i>	294
<i>Einschätzung der Bedeutung von Tabakkontrolle</i>	295
<i>Durchführung von Tabakkontrolle</i>	295
<i>Einschätzungen zu den im Evidenzteil beforschten Interventionen</i>	296
<i>Barrieren gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle</i>	314
<i>Stärken und Schwächen der Methode</i>	317
<i>Übertragung der Ergebnisse auf die deutsche Entwicklungszusammenarbeit</i>	326
Schlussfolgerung und Fazit	328
Integrierende Abschlussdiskussion	332
Schlussfolgerungen aus der Studie	339
Beantwortung der Forschungsfrage	339
Empfehlungen	340
Ausblick.....	343
Referenzen	344
Anhang	380

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung/en
AFRO	African Region
AMRO	Region of the Americas
Art.	Artikel
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAT	British American Tobacco
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMF	Bundesfinanzministerium
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
BMI	Body-Mass-Index
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BNE	Bruttonationaleinkommen
BNP	Bruttonationalprodukt
BRICS	Brasilien, Russland, Indien, China, Südafrika
CBD	Cognitive Behavioural Training
CDC	Centers for Disease Control
CEO	Chief executive officer
CHD	Coronary Heart Disease
CI	Confidence Interval
CO	Kohlenmonoxid
COHb	Carboxyhämoglobin
COP	Conference of the Parties
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
CPD	Cigarettes per day
CR	Contingent Reinforcement
CRC	Convention on the Rights of the Child
CRF	Corticotropin Releasing Factor
DA	Dopamin
DAC	Development Assistance Committee
DALY	Disability adjusted life year/s
DATA	Debt, AIDS, Trade, Africa
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DNA	Desoxyribonukleinsäure
DR	Demokratische Republik
DSM	Statistical Manual of Mental Disorders

EC	Electronic Cigarette
Eg.	Exempli gratia
EMRO	Eastern Mediterranean Region
ETS	Environmental Tobacco Smoke
EUR	Euro
EURO	European Region
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
FAO	Food and Agriculture Organization
FCA	Framework Convention Alliance
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FDA	US Food and Drug Administration
FIFA	Fédération Internationale de Football Association
GATS	Global Adult Tobacco Survey
GBD	Global Burden of Disease
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
G20	Gruppe der Zwanzig
HIC	High Income Country/Countries
HTA	Health Technology Assessment/s
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights
ICD	International Classification of Diseases
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
ILO	International Labour Organization
IMF	International Monetary Fund
INB	Intergovernmental Negotiation Body
i. R.	im Rahmen
ITT	Intention to Treat
KHK	Koronare Herzkrankheit
KKP	Klinischer Konsenspunkt
LDL	Low Density Lipoprotein
LMIC	Low and Middle Income Country/Countries
LYG	Life Years Gained
Mg.	Milligram
MDG	Millenium Development Goal/s
MI	Motivational Interviewing
MIC	Middle Income Country/Countries
Mrd.	Milliarde/Milliarden

min.	Minute/n
Mio.	Million/en
NCD	Non-communicable disease
NRO	Nichtregierungsorganisation/en
NRT	Nicotine Replacement Therapy
ODA	Official Development Assistance
O/E	observed over expected
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OR	Odds Ratio
OTC	Over-the-counter
PAK	polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe
pH	potentia/pondus Hydrogenii
PHC	Primary health care
PMI	Philip Morris International
PREP	Potential Reduced-Exposure Product
RR	Relative Risk/Relatives Risiko
QALY	Quality Adjusted Life Year/s
SAE	Serious Adverse Events
SDG	Sustainable Development Goal
SDI	Socio-demographic Index
SEARO	South-East Asia Region
SES	Socio-economic status
SF	(Short form)
SFC	Smoke Free Class
SHS	Secondhand Smoke
SMD	Standard Mean Difference
SMS	Short message service
SMPH	Summary Measures of Population Health
6MWD	6 Minutes Walking Distance
SSA	Sub-Saharan Africa
SR	Systematic Review
ST	Smokeless Tobacco
STP	School Tobacco Policy/Policies
TCA	Traditional Chinese Acupuncture
TFI	Tobacco Free Initiative
TRIC	Tobacco Industry Research Committee
TTM	Transtheoretical Model

UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
UN	United Nations
UNDHR	Universal Declaration of Human Rights
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
US/U.S.	United States
USA	United States of America
USD	US-Dollar
UW	Unerwünschte Wirkung/en
VENRO	Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe
Verf.	Verfasserin
Vs.	Versus
VT	Verhaltenstherapie
Wg.	Wegen
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WMA	Western Medical Acupuncture
WPRO	Western Pacific Region
WTO	World Trade Organization
YLD	Years of life lived with disability
YLL	Years of life lost due to premature mortality
ZFD	Ziviler Friedensdienst
z. T.	zum Teil

Abbildungsverzeichnis

Abb. I: Umsatzanteile verschiedener Tabakprodukte weltweit, 2019 (nach Statista 2020)	25
Abb. II: Erntemenge der führenden Anbauländer von Tabak weltweit in 2017 und 2018 (in 1.000 Tonnen; nach Statista 2020a)	26
Abb. III: Umsatz der führenden Tabakunternehmen weltweit in 2013 (in Mio. US-Dollar; nach Statista 2020b)	27
Abb. IV: Zahl der weltweiten Todesfälle nach Risikofaktoren, 2017 (aus Ritchie und Roser 2013)	35
Abb. V: Teufelskreis von Tabak und Armut (nach U.S. National Cancer Institute und WHO 2016: 578)	42
Abb. VI: Abdeckung der Weltbevölkerung durch MPOWER-Maßnahmen (nach WHO 2019a: 21)	62
Abb. VII: Das Hexagon der Entwicklung (nach Menzel © 2010: 14)	66
Abb. VIII: Größte EZ-Geberländer 2019 (Netto-ODA in Mrd. US-Dollar; nach Statista, 2020c)	76
Abb. IX: Bruttobetrag der bilateralen ODA 2017 – 2018 nach Regionen (Durchschnitt, Mio. US-Dollar; nach OECD-DAC, o.J.)	78
Abb. X: Soll-Ansätze des Haushalts 2020 (nach BMZ 2010 – 2020f)	91
Abb. XI: Ablaufplan, um die Evidenz für den Fragebogen an deutsche Organisationen der EZ zu generieren	123
Abb. XII: Reduzierung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten (Systematic Reviews) in Folge der Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung) ...	132
Abb. XIII: Zuordnung der Einzelergebnisse aus den eingeschlossenen Systematic Reviews zu den induktiv gebildeten Kategorien (eigene Darstellung)	136
Abb. XIV: Algorithmus der ergänzenden Recherche	155
Abb. XV: Abgleich der in die Datenextraktion eingeschlossenen Systematic Reviews mit der Liste der Systematic Reviews der Cochrane Tobacco Addiction Group vom 01.11.2018	157
Abb. XVI: Dimensionen der Tabakkontrolle (eigene Darstellung)	177
Abb. XVII: Algorithmus der Prüfung der eingeschlossenen Quellen aus der AWMF-Leitlinie auf Studien aus LMIC (eigene Darstellung)	187
Abb. XVIII: Algorithmus der Prüfung der eingeschlossenen Quellen aus dem Overview of Reviews auf Studien aus LMIC (eigene Darstellung)	189
Abb. XIX: Operationalisierung der Fragestellung (eigene Darstellung)	268
Abb. XX: Das Prätest-Verfahren zur Erstellung der Online-Befragung (eigene Darstellung)	270
Abb. XXI: Algorithmus der Online-Befragung zur Tabakkontrolle in der Entwicklungszusammenarbeit (eigene Darstellung)	276
Abb. XXII: Zahl der Mitarbeitenden in den teilnehmenden Organisationen	282
Abb. XXIII: Zahl der freiwilligen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden in den teilnehmenden Organisationen	283

Abb. XXIV: Gründungszeitraum der teilnehmenden Organisationen	284
Abb. XXV: Sektor der teilnehmenden Organisationen.....	284
Abb. XXVI: Vorstellbarkeit der Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen (A und B zusammen)	286
Abb. XXVII: Vorstellbarkeit der Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen (A und B zusammen).....	288
Abb. XXVIII: Vorstellbarkeit der Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen (A und B im Vergleich)	289
Abb. XXIX: Vorstellbarkeit der Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen (A und B im Vergleich)	291

Boxenverzeichnis

Box I: Eingeschlossene Artikel der FCTC als Rahmen der zu untersuchenden Tabakkontrollinterventionen	121
Box II: Erläuterungen zu Abb. XIII.....	137

Tabellenverzeichnis

Tab. I: Ausgewählte Substanzen im Tabakrauch (nach Pötschke-Langer 2011: 94).....	8
Tab. II: Gesundheitliche Folgen durch Tabakgebrauch (nach DKFZ o.J.a):	10
Tab. III: Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 und DSM-IV (nach Hoch und Kröger 2011: 769).....	17
Tab. IV: Items und Skalenwerte des „Fagerström-Tests für Nikotinabhängigkeit“ (nach ebd.: 770).....	18
Tab. V: Fakten über die gesundheitlichen Vorteile der Tabakaufgabe (nach WHO 2020e)	20
Tab. VI: Zehn Gründe mit dem Rauchen aufzuhören (nach DKFZ 2008b).....	21
Tab. VII: Der Wandel des Verständnisses von Entwicklung (aus Menzel 2010: 12).....	67
Tab. VIII: Was ist Entwicklungszusammenarbeit? (übersetzt aus Alonso und Glennie 2015).....	80
Tab. IX: Typen, Modalitäten und Instrumente der Entwicklungszusammenarbeit (übersetzt aus ebd.).....	80
Tab. X: Leistungen von Nichtregierungsorganisationen aus Eigenmitteln an Entwicklungsländer 2014 – 2018 in EUR, nach Kontinenten, Stand: 26.11.2019 (aus BMZ 2010 – 2020e)	82
Tab. XI: Ausstattung und Prioritäten ausgewählter Stiftungen (Auszug aus Birn et al. 2009: 100).....	83
Tab. XII: Bilaterale Netto-ODA nach Förderbereichen, 2018 (nach BMZ 2010 – 2020b).....	92
Tab. XIII: Aufteilung der Gesamt-ODA (16,1 Mrd. EUR) nach Kategorien 2015 (aus Maihold 2019: 26)	93
Tab. XIV: Tabellenkopf der Datenextraktionstabelle	130
Tab. XV: Tabellenkopf der vorläufigen Ergebnistabelle.....	144
Tab. XVI: Zuordnung der Ergebnisse zu den eingeschlossenen Artikeln der FCTC.....	145
Tab. XVII: Übersicht über die durch die Ergebnisse abgedeckten und nicht abgedeckten Artikel der FCTC	151
Tab. XVIII: Qualitätsbewertung des Overviews of Reviews (Hoffman und Tan 2015) nach den abgeleiteten Kriterien aus Pieper et al. 2013.....	164
Tab. XIX: Die Ergebnistabelle (eigene Darstellung)	169
Tab. XX: Entsprechungen und Abweichungen des Gesamtergebnisses der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und den jeweils darin enthaltenen Einzelergebnissen der MIC-Studien	183
Tab. XXI: Umfang der Stichprobe für die Befragung von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit (eigene Darstellung).....	265
Tab. XXII: Bearbeitungszeit der 17 Teilnehmenden, die den Fragebogen zur Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit beendet haben in Minuten (Quelle: Datenexport [Questback GmbH 2015: 576ff]).....	281
Tab. XXIII: Angaben zur Bedeutung von Tabakkontrolle (n = 17).....	285
Tab. XXIV: Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Studien I und II (Theorie/Evidenz und Praxis/Befragung)	337

Einleitung

In der aktuellen Situation der Corona-Pandemie und ihrer erschütternden Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit tritt der Tabakgebrauch insofern zutage, als dass konstatiert wurde, dass er den Verlauf einer COVID-19-Erkrankung erschweren sowie die Sterblichkeit bei einer Erkrankung befördern kann (vgl. WHO 2021). Das zeigt, dass Tabakgebrauch nach wie vor ein gravierendes und ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem darstellt, das Beachtung verdient.

Es ist heutzutage keine Frage mehr, dass Tabakgebrauch gesundheitsschädlich ist und es gibt zahlreiche Organisationen und Initiativen, die das Ziel verfolgen, den Tabakkonsum weltweit zu verhindern, zu beschränken und zu stoppen oder die sich z. B. für die Rechte von Arbeitern im Tabakanbau einsetzen. Allerdings besteht offensichtlich nach wie vor ein Handlungsbedarf zur Forcierung von Tabakkontrolle weltweit und besonders in armen Regionen (vgl. WHO 2019).

Tabakgebrauch hat nicht nur gesundheitsschädliche und –gefährdende Auswirkungen auf Personen, die Tabak direkt konsumieren, sondern auch auf diejenigen, die durch räumliche Nähe zu Rauchenden bzw. Tabaknutzenden (mit-) geschädigt werden, wie z. B. Frauen und Kinder. Zudem ist Tabakgebrauch im Kontext von sozialer Ungleichheit zu betrachten, denn er ist in armen Bevölkerungsanteilen aller Länder generell verbreiteter, als in wohlhabenderen und somit auch in ärmeren Ländern stärker, als in wohlhabenden (vgl. ebd.).

Durch Tabakgebrauch werden zerebrale Reaktionen stimuliert, die emotionsregulierend wirken (vgl. z. B. Martin-Soelch 2010) und somit die Bewältigung von belastenden Lebenssituationen vereinfachen bzw. den Eindruck dazu erwecken, wenn es womöglich aber auch alternative und gesundheitlich nachhaltigere Möglichkeiten gibt.

Tabakgebrauch und die Auswirkungen seiner globalen Verbreitung haben aber auch Konsequenzen für die Gesundheit von Menschen, die im Tabakanbau arbeiten. Über Umweltschäden durch Tabakanbau und –produktion wirkt sich dies auch global auf die Gesundheit aller Menschen aus (vgl. z. B. Von Eichborn und Abshagen 2015).

Aufbau der Arbeit

Hintergrundteil: Ausgehend von der Beschreibung der Inhaltsstoffe von Tabak, der Wirkung von Tabakgebrauch in seinen verschiedenen Nutzungsvarianten auf die menschliche Gesundheit, einem kurzen Einblick in die Zusammenhänge der Nikotinabhängigkeit sowie der Schilderung der Vorteile einer Tabakaufgabe wird dargelegt, wie das Problem

des Tabakgebrauchs in das Feld von Global Health einzuordnen ist, wobei dazu zunächst Definitionen von Global Health erörtert werden. Dann werden weltmarktwirtschaftliche Hintergründe von Tabakwaren thematisiert und nach Weltregionen, Produkten und Gruppen (Frauen, Männer, Jugendliche) differenziert die Verbreitung des Tabakgebrauchs laut eines Berichts aus dem Jahr 2016 dargestellt, der auch Prognosen bis in das Jahr 2025 beinhaltet. In der Folge wird auf das Stadienmodell zur Beschreibung der Tabakepidemie nach Lopez et al. (1994) eingegangen, da dies ein Verständnis von der Entwicklung vom Beginn der Verbreitung des Rauchens in einer Bevölkerung bis zu der Auswirkung auf die Mortalität in derselben ermöglicht und in der wissenschaftlichen Tabakkotroll-Literatur als ein Standardmodell verstanden werden kann, dessen Kenntnis für die vorliegende Arbeit von Vorteil ist. Es wird dann schwerpunktmäßig auf die Zusammenhänge und Hintergründe der Problematik des Tabakgebrauchs in der Region der Länder mit durchschnittlich niedrigem und mittlerem Einkommen (engl. Low and Middle Income Countries, LMIC) eingegangen sowie ein kurzer Eindruck der Kosten, die durch Tabakgebrauch generiert werden, vermittelt. Es folgt dann eine Betrachtung der Bedingungen der weltweiten Tabakkontrolle, welche die Möglichkeiten umfasst, Tabakgebrauch individuen- und populationsbezogen zu regulieren, zu heilen, zu verhindern, zu verringern und/oder zu stoppen. Dazu steht die Beschreibung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (engl. WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) im Vordergrund sowie dessen Bedeutung im Rahmen von Menschenrechten und Global Health Law und die Einbindung in die Agenda 2030. Der letzte Abschnitt des Hintergrundteils widmet sich der Entwicklungszusammenarbeit (EZ), als ein Gestaltungselement zur Verbesserung der Lebensbedingungen in armen Weltregionen (LMIC). Hier geht es um die Herleitung eines umfassenden und konzeptionellen Verständnisses, speziell der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Zu allen Unterabschnitten des Hintergrundteils wurden kurze Zwischenfazits mit den wichtigsten Erkenntnissen erstellt.

Zielsetzung und Fragestellung: Die dargestellten Informationen und Zusammenhänge um das gesundheitliche und soziale Problem des weltweiten Tabakgebrauchs führten zu der Entwicklung der Zielsetzung und Fragestellung für die vorliegende Arbeit. Zielführend ist dabei das Interesse an der Untersuchung der Übereinstimmbarkeit von Tabakkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit und daraus resultierend die mögliche Ableitung von Empfehlungen für entsprechende Zielgruppen. Die übergeordnete Fragestellung der Arbeit befasst sich mit dem Selbstverständnis von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in Bezug auf das Aufgabenfeld von Tabakkontrolle. Es geht somit darum, ob deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit Tabakkontrolle

als ihre Aufgabe betrachten und ob Tabakkontrolle als Betätigungsfeld von (deutscher) Entwicklungszusammenarbeit bezeichnet werden kann.

Studie I: Evidenzanalyse zur Wirksamkeit von allen möglichen Tabakkontrollinterventionen in LMIC: Die erste Studie, die im Rahmen der Arbeit durchgeführt wurde, war eine Evidenzanalyse mit der Fragestellung, welche Wirksamkeitsbelege für alle möglichen Tabakkontrollinterventionen in LMIC existieren.

Dazu wird nach einer kurzen Einleitung zunächst eine Einführung in das Feld von Evidence-based Public Health (EbPH) mit verschiedenen Designs, durch die dessen Umsetzung erfolgen kann, gegeben. Dann erfolgt die Beschreibung der studienbezogenen Zielsetzung und Fragestellung, in der die Bedingungen der Frage konkretisiert werden (5 Unterziele). Im Methodikteil wird dargelegt, welche Schritte vorgenommen wurden, um die Frage beantworten zu können. Dies erfolgte in einem Forschungsprozess, in dem Quellen analysiert und zwei Arbeitstabellen erstellt wurden. Eine daraus resultierende Ergebnistabelle zeigt, für welche Tabakkontrollinterventionen Wirksamkeitsbelege identifiziert wurden, aufgeteilt nach individuenbezogenen und gruppen-/populationsbezogenen Interventionen und weiteren Subkategorien (15). Da sich herausstellte, dass die einbezogene Evidenzbasis für eine valide und belastbare Aussage nur einen ungenügenden Anteil von Studien aus LMIC beinhaltete, enthält die abschließende Ergebnistabelle lediglich eine Markierung, falls dem jeweiligen Ergebnis u. a. auch Studien aus Ländern mit durchschnittlich mittlerem Einkommen (engl. Middle Income Countries, MIC) zugrunde gelegt wurden, da Studien aus Ländern mit durchschnittlich geringem Einkommen (engl. Low Income Countries, LIC) gänzlich fehlten. Die Beschreibung der Ergebnisse umfasst aber u. a. auch Ergebnisse mit Bezug zum Methodikteil, Ausführungen zu den einzelnen Interventionen/Interventionsformen, Informationen zur Häufigkeitsverteilung von Ergebnissen nach Interventionen/Interventionsformen und die Zuteilung der Ergebnisse zu den Interventionskategorien des Klassifikationssystems der FCTC. Zentral für den Diskussionsteil der Studie sind vor allem die Abschnitte zur Beschreibung darüber, inwiefern die untersuchten Interventionen/Interventionsformen als umsetzbar in der Region der LMIC eingeschätzt werden sowie zu den Stärken und Schwächen der Methodik, welche in einem abschließenden Resümee (Schlussfolgerung und Fazit) zur Interpretation der Ergebnisse resultieren.

Studie II: Befragung von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit: Die zweite Studie wurde in Form einer Online-Befragung durchgeführt und widmete sich der Frage, wie das Thema der Tabakkontrolle in deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit wahrgenommen wird. Eine Bestätigung der Fragestellung wurde

aus Quellen identifiziert, in denen ein Bedarf zur Integration von Tabakkontrolle in Entwicklungszusammenarbeit beschrieben wird. Als Grundgesamtheit galten alle möglichen deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit. Die Stichprobe setzte sich aus Organisationen des Verbands Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (VENRO) und einer Liste von Organisationen des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) zusammen. Nach der Operationalisierung der Fragestellung wurde der Fragebogen in einem Prätest-Verfahren entwickelt und über ein EDV-gestütztes Programm an die Organisationen verschickt. Auch wenn die Rücklaufquote niedrig war, konnten dennoch Erkenntnisse gewonnen werden, die mögliche Hinweise zur Beantwortung der Forschungsfrage geben. Zentral und von Interesse war hier insbesondere die Bewertung der zuvor eruierten Tabakkontrollinterventionen, wobei eine Unterscheidung nach einer Gruppe von Organisationen getroffen wurde, die angab Tabakkontrollinterventionen durchzuführen und einer Gruppe, die angab, sich vorstellen zu können, Tabakkontrollinterventionen in der Zukunft durchzuführen. Im Diskussionsteil wird darauf eingegangen, was die Ergebnisse methodenbezogen auf die Forschungsfrage hin aussagen. Wesentlich ist hier, dass die geringe Rücklaufquote als Teil des Ergebnisses aufgefasst werden muss. Die vertiefte Auseinandersetzung mit der Breite und Komplexität der Felder Tabakkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit im Rahmen des Forschungsprozesses ermöglichte eine ausführliche Diskussion zu den möglichen Hintergründen der Resultate der hier vorliegenden Befragung. Abschließend wird, analog zur ersten Studie (Evidenzanalyse), ein „Resume“ in Form von Schlussfolgerung und Fazit gezogen.

Integrierende Abschlussdiskussion:

In der Abschlussdiskussion werden im Wesentlichen die Erkenntnisse der beiden Studien-Diskussionen zusammengeführt. Zusätzlich wurde eine Gegenüberstellung der Ergebnisse zur Bewertung der Tabakkontrollinterventionen aus dem Evidenzteil und der Befragung vorgenommen. Damit sollte u. a. abschließend verdeutlicht werden, welche der untersuchten Tabakkontrollinterventionen laut Evidenzbelegen „wirken“ und welche davon umsetzbar erscheinen bzw. wo mögliche „Bedarfe“ der deutschen Entwicklungszusammenarbeit liegen.

Überblick über den Aufbau der Arbeit

- Hintergrund
 - Tabak und menschliche Gesundheit
 - Tabak und Global Health
 - Tabakkontrolle
 - (Deutsche) Entwicklungszusammenarbeit
- Zielsetzung und Fragestellung: Kompatibilität von Tabakkontrolle und (deutscher) Entwicklungszusammenarbeit
- Studie I: Evidenzanalyse zur Wirksamkeit von allen möglichen Tabakkontrollinterventionen
 - Welche Belege gibt es für die Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC?
- Studie II: Befragung zur Bedeutung von Tabakkontrolle für deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit
 - Wird Tabakkontrolle aktuell umgesetzt?
 - Welche der möglichen Tabakkontrollinterventionen scheinen umsetzbar?
 - Welche Barrieren gibt es innerhalb der deutschen EZ gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle?
- Integrierende Abschlussdiskussion
 - Zusammenführung der wichtigsten Erkenntnisse aus den Diskussionen der beiden Studien
 - Beantwortung der Forschungsfrage
 - Empfehlungen für Forschende, Tabakkontrollaktivisten, Vertretende von Entwicklungszusammenarbeit und aus Partnerländern
 - Ausblick

Hintergrund

In diesem Kapitel werden die thematischen, inhaltlichen und theoretischen Grundlagen beschrieben, auf denen die Arbeit aufbaut. Zunächst wird Tabak in Bezug auf seine Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit dargestellt. Dann erfolgt eine Betrachtung der wichtigsten Aspekte von Tabak im Rahmen von Global Health. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den Folgen von Tabakgebrauch in Ländern mit niedrigem und mittlerem durchschnittlichen Einkommen (engl. Low and Middle Income Countries, LMIC). Anschließend wird darauf eingegangen, wie Tabakgebrauch weltweit kontrolliert werden kann und wird. Hier steht die Beschreibung der Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (engl. Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) der Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization, WHO) im Vordergrund. Das Kapitel schließt mit einer ausführlichen Auseinandersetzung mit dem Thema der Entwicklungszusammenarbeit (EZ), da dies den Rahmen für die in dieser Arbeit befragten Organisationen setzt.

Tabak und Gesundheit

Hier wird der Wissensstand der Wirkung von Tabak auf die individuelle menschliche Gesundheit wiedergegeben. Es wird beschrieben, aus welchen Substanzen Tabak in seinen verschiedenen Variationen und Aufnahmemöglichkeiten besteht, wie diese auf den menschlichen Organismus einwirken, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Schäden und Krankheiten dadurch entstehen können und wie sich eine Tabakaufgabe auf die Gesundheit auswirkt.

Schädliche Stoffe im Tabakrauch

Die Tabakpflanze enthält große Mengen an Alkaloiden, wovon eines das Nikotin ist. Dieses gelangt beim weit verbreiteten Tabakgebrauch durch Rauchen nach der Inhalation in das zentrale Nervensystem, wo es auf Neuronen einwirkt, indem nikotinerge Acetylcholinrezeptoren stimuliert werden. Dies erfolgt dadurch, dass das Nikotin körpereigene Neurotransmitter (Acetylcholin) imitiert. Insbesondere interveniert das Nikotin so im mesolimbischen dopaminergen System. In hoher Dosierung wirkt Nikotin neurotoxisch (Pötschke-Langer et al. 2011: 90; Batra und Lindinger 2012: 101).

Laut dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) enthält Tabakrauch über 4800 Substanzen, wovon mindestens 250 giftig oder krebserzeugend sind. Die besonders gesundheitsschädliche Wirkung ergibt sich dabei aus den Wechselwirkungen der Substanzen miteinander, die sich gegenseitig verstärken können. Es wird zwischen Hauptstromrauch (Inhalation durch Raucher) und Nebenstromrauch (durch Glimmen der Zigarette) unterschieden. Die chemischen Komponenten dieser beiden Rauchformen ent-

sprechen sich weitgehend. Aufgrund der unvollständigen Verbrennung und der niedrigeren Verbrennungstemperatur liegen manche Substanzen im Nebenstromrauch jedoch bedeutend höher vor. Die gasförmigen oder an Partikel gebundenen Substanzen treten beim Einatmen in den Körper ein und werden über die Lunge besonders schnell aufgenommen, da diese eine große Aufnahme­fläche bietet. Dies wird zusätzlich durch die dünne Wand der Lungenbläschen und den hier vorhandenen schnellen Blutfluss begünstigt (vgl. DKFZ 2008; Pötschke-Langer et al. 2011: 93 – 95).

Krebserzeugende Stoffe

Ca. 70 bis 90 Substanzen im Tabakrauch sind krebserzeugend oder stehen im Verdacht, krebserzeugend zu sein. Dies sind polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, heterozyklische Kohlenwasserstoffe, Aldehyde, Phenole, flüchtige Kohlenwasserstoffe, N-Nitrosamine, Stickstoffdioxid (Gas), aromatische und flüchtige Amine, N-heterozyklische Amine, verschiedene organische Verbindungen (z. B. Vinylchlorid, Hydrazin), Metalle (z. B. Arsen, Beryllium, Nickel) und radioaktive Stoffe (Polonium-210). Sie können auf das Erbgut (DNA) einwirken und hier durch Schädigungen zur Entartung von Zellen und zur Entstehung von Krebszellen führen. Die krebserzeugende Wirkung tritt zumeist schon bei geringsten Mengen auf, so dass man nicht davon ausgehen kann, dass es einen unbedenklichen Tabakkonsum/-gebrauch gibt. Zudem addieren und potenzieren sich die krebserzeugenden Wirkungen der unterschiedlichen Stoffe. Hinzu kommen Substanzen, die die krebserzeugende Wirkung verstärken, wie z. B. Blausäure, Acrolein oder Acetaldehyd (vgl. DKFZ 2008; Pötschke-Langer et al. 2011: 95 – 97).

Suchterzeugende Stoffe

Das Alkaloid Nikotin wird für die Abhängigkeitsentwicklung verantwortlich gemacht. Neben körperlichen Wirkungen, wie Gefäßverengung (Vasokonstriktion), Anstieg des Blutdrucks und Herzfrequenzsteigerung erleben Raucher infolge des Tabakgebrauchs positive Emotionen, wie Wohlbefinden oder die Reduktion von Angst und Anspannung und eine Suppression des Hungergefühls. Es werden einerseits anregende Effekte (Steigerung der Vigilanz, der Aufmerksamkeitsleistung, Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung) und andererseits beruhigende Effekte (Beruhigung, Entspannung, Sedierung) beschrieben (Batra 2011: 101; Batra 2011a: 132).

Zusatzstoffe

Über Rohtabak, Papierhülle und Filter werden Tabakerzeugnissen bis zu 600 Zusatzstoffe beigefügt. Zu den häufigsten gehören Menthol, Zucker, Lakritz und Kakao. Diese sollen die Schärfe des Tabaks mindern und den Geschmack verbessern. Sie können aber

auch das Suchtpotenzial erhöhen und den Einstieg in den Tabakgebrauch erleichtern. Der Zusatz von Menthol birgt z. B. ein erhöhtes Krebsrisiko und Abhängigkeitspotenzial, indem die Aufnahme von Tabakrauchkomponenten erhöht, der Nikotinstoffwechsel gehemmt, Schmerz gelindert, Kälterezeptoren stimuliert, die Atmung verlangsamt und das Gehirn stimuliert wird. Dadurch erhöht sich die Aufnahme von Kanzerogenen und die Verfügbarkeit von Nikotin. Zudem verbleibt so das Nikotin länger in der Lunge. Die teilweise auch für Lebensmittel verwendeten Zusatzstoffe können sich durch Verdampfung, Sublimation, Verbrennung oder Teiloxidation in gefährliche Substanzen umwandeln. Durch die Umwandlung können zudem krebserzeugende Stoffe, wie Kohlendioxid, Stickstoffoxide und Schwefeldioxid entstehen (vgl. DKFZ 2008; Pötschke-Langer 2011: 91 – 93).

Die folgende Tabelle zeigt ausgewählte Substanzen im Tabakrauch und Beispiele für ihre Verwendung sowie für ihre gesundheitsgefährdende Wirkung:

Tab. I: Ausgewählte Substanzen im Tabakrauch (nach Pötschke-Langer 2011: 94)

Name der Substanz	Beispiele für ihre Verwendung	Gesundheitsgefährdende Wirkung
Acetaldehyd	Zwischenprodukt bei organischen Synthesen	Krebserzeugend, reizt Augen und Atemtrakt, stört Selbstreinigung der Lunge durch Lähmung der Flimmerhärchen
Acrylnitril	Produktion von Acrylfasern und Plastik	Krebserzeugend, reizt Schleimhäute, schädigt Augen; Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit
Ammoniak	In Putzmitteln	Reizt schon in geringer Konzentration die Augen und Atemwege, erhöht das Suchtpotenzial von Zigaretten
Aromatische Amine, z. B. Anilin	Ausgangsprodukte bei Herstellung von Kunst- und Farbstoffen	Krebserzeugend (in Harnblase, Milz und Bauchhöhle), erbgutschädigend, giftig
Arsen	In Rattengift	Krebserzeugend, Inhalation der Dämpfe verursacht Schleimhautreizung, giftig
Benzol	Antiklopfmittel in Benzin	Krebserzeugend (Leukämie), erbgutschädigend
Blausäure	Schädlingsbekämpfung	Giftig beim Einatmen, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen
Blei	In Batterien	Krebserzeugend, erbgutschädigend, bei langfristiger Belastung Schäden an Gehirn, Nieren, Nervensystem und an den roten Blutkörperchen
1,3-Butadien	Grundstoff für Autoreifen, in Autoabgasen	Krebserzeugend, erbgutschädigend, reizt Augen und Atemwege
Cadmium	In Batterien	Krebserzeugend, erbgutschädigend, giftig, Schädigung der Nieren
Formaldehyd	Konservierungs- und Desinfektionsmittel	Krebserzeugend, erbgutschädigend

Name der Substanz	Beispiele für ihre Verwendung	Gesundheitsgefährdende Wirkung
	onsmittel	gend, giftig, reizt Augen und Atemwege
Hydrazin	Raketentreibstoff	Krebserzeugend, giftig
Hydrochinon	Entwickler in der Fotografie	Krebserzeugend, erbgutschädigend, schädigt Bindehaut und Hornhaut des Auges
Kohlenmonoxid	In Autoabgasen	Blockiert den Sauerstofftransport im Blut, kann Blutgefäße schädigen
Nickel	In Batterien und Metall-Legierungen	Krebserzeugend, reizt Atemwege, verursacht Lungenentzündung, giftig
Nitromethan	Treibstoff für Rennmotoren	Krebserzeugend
N-Nitrosamine	In gebrauchten Motorenölen, in Gummi	Krebserzeugend
Phenol	Unkrautvernichtungsmittel	Krebserzeugend, giftig; reizt Haut, Augen und Schleimhäute
Polonium-210	Alphastrahler	Stark radiotoxisch, krebserzeugend
Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK), z. B. Naphtalin	In Verbrennungsabgasen und Motorkugeln	Krebserzeugend, erbgutschädigend
Styrol	In der Herstellung von Kunststoffen und -harzen	Krebserzeugend, Störungen des Zentralnervensystems, Kopfschmerzen, Erschöpfungszustände und Depressionen
Toluol	Zusatz in Benzin, Lösungsmittel	Reizt obere Atemwege und Augen, führt zu Heiserkeit, Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Schlafstörungen

Gesundheitliche Schäden durch Tabakgebrauch

Durch die beschriebenen Substanzen und deren schnelle und effektive Aufnahme über die Lunge schädigt Rauchen nahezu jedes körperliche Organ und ist damit laut DKFZ (o.J.a) der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für chronische, nicht übertragbare Krankheiten (engl. Non-communicable diseases, NCDs) und dadurch (Mit-)Verursacher von zwei Dritteln aller weltweiten Todesfälle².

Dem chronischen Nikotinkonsum wird einerseits eine inflammatorische Wirkung zugesprochen, die zahlreiche Erkrankungen begünstigt, wie z. B. Peridontitis, respiratorische Infektionen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (engl. chronic obstructive pulmonary disease, COPD), kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen, Morbus Crohn, bakterielle Meningitiden, Karzinome im Bereich von Oropharynx, Lunge und Blase. Andererseits hat Nikotin immunsuppressive Effekte, die zu einer negativen Assoziation mit

² Dies wird im Rahmen der Beschreibung des Global-Burden-of-Disease-Projekts noch differenzierter betrachtet (31) [d. Verf.]

dem Auftreten einzelner Krankheiten führt (z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Parkinson)³. Die Unterdrückung des körpereigenen Abwehrsystems führt aber auch zu einer erhöhten Suszeptibilität für unterschiedliche respiratorische Infektionskrankheiten, wie einfache virale respiratorische Infekte, Pneumokokken- und Legionellen-Pneumonien, Tuberkulose oder Influenza (Dooley et al. 2011: 236 – 240).

Die dominantesten Folgeerkrankungen von Tabakkonsum sind Karzinome (Lungen- und Bronchialkarzinom, Karzinome der oberen Atemwege, Karzinome der Bauchspeicheldrüse, Niere, Blase, des blutbildenden Systems u. a.), Gefäßerkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter Verengungen der kleinen, mittleren, mittelgroßen und großen Gefäße mit der Folge von kardiovaskulären und zerebrovaskulären Ereignissen, wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombosen und Embolien) und Lungenerkrankungen (in erster Linie COPD; Batra und Lindinger 2012: 101 – 102).

Es wird somit deutlich, dass Tabakgebrauch nicht nur die Häufigkeit von weit verbreiteten nicht-übertragbaren Krankheiten steigert, sondern auch das Auftreten von übertragbaren Erkrankungen begünstigen kann. Zudem wird der allgemeine Gesundheitszustand beeinträchtigt und das Risiko für Folgeschäden bei Operationen steigt (vgl. DKFZ o.J.a; DKFZ 2011).

Zur Übersicht werden im Folgenden die Organe aufgeführt, die durch Tabakgebrauch beeinträchtigt werden und die damit einhergehenden gesundheitlichen Folgen genannt.

Tab. II: Gesundheitliche Folgen durch Tabakgebrauch (nach DKFZ o.J.a):

Betroffenes Organ	Gesundheitliche Schäden
Gehirn	Abhängigkeit, zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall)
Augen	Blindheit, Katarakt (grauer Star), altersbedingte Makuladegeneration
Atemwege	Akute Erkrankungen der Atemwege (Lungenentzündung etc.), chronische Erkrankungen der Atemwege (Atemnot etc.), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Tuberkulose, Asthma
Zähne und Zahnhalteapparat	Parodontose, Karies (kausaler Zusammenhang wahrscheinlich), Versagen von Zahnimplantaten (kausaler Zusammenhang wahrscheinlich)
Stoffwechsel	Typ-2-Diabetes
Herz-Kreislaufsystem	Koronare Herzerkrankungen (Herzinfarkt), Atherosklerose, periphere arterielle Verschlusskrankungen (Raucherbein etc.)
Magen und Darm	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (kausaler Zusammenhang wahrscheinlich), Magengeschwüre, Aneurysmen der Bauchaorta

³ Auf eine mögliche medizinische Anwendung von Nikotin wird i. R. dieser Arbeit aber nicht weiter eingegangen, da es hier schwerpunktmäßig um den schädlichen Nikotinkonsum geht [d. Verf.].

Betroffenes Organ	Gesundheitliche Schäden
Knochen und Gelenke	Rheumatische Arthritis, verminderte Knochenstärke bei Frauen nach der Menopause, Hüftfrakturen
Fortpflanzung	Erektionsstörungen, verminderte Fruchtbarkeit bei Frauen, Schwangerschaftskomplikationen, Schäden für das Ungeborene und Langzeitfolgen
Verschiedene Organe bei Krebs: Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre, Luftröhre, Lunge, Akute Myeloische Leukämie, Brust (kausaler Zusammenhang wahrscheinlich), Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Nieren und Harnleiter, Blase, Dick- und Enddarm, Gebärmutterhals	Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei Krebspatienten und Überlebenden, erhöhtes Risiko für weitere Krebserkrankungen bei Überlebenden
	<i>Allgemeine Beeinträchtigungen:</i> Immundefunktion, allgemeine Gesundheit, Operationserfolge

Bestimmte Lebensphasen, Zielgruppen, Risiken und Situationen des Tabakgebrauchs sind besonders hervorzuheben.

- Mütterlicher Tabakkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit ist eine der häufigsten Ursachen für toxisch bedingte Entwicklungsstörungen (Rasenack und Zink 2011: 427 – 432).
- Bei adolescentem Tabakgebrauch ist zu beachten, dass hier einerseits eine erhöhte Nikotinanfälligkeit für nachhaltige Nikotineffekte besteht, da sich das Gehirn noch in einem Reifungsprozess befindet, der sich bis ins junge Erwachsenenalter fortsetzt. Zudem besteht in dieser Lebensphase wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für nikotininduzierte Schädigungen des zentralen Nervensystems (Laucht et al. 2011: 433 – 441).
- Beim frauenspezifischen Tabakgebrauch ist zu verzeichnen, dass hier ein Zuwachs der Raucherinnen, insbesondere in den westlichen Industrieländern stattgefunden hat, was wahrscheinlich mit sozialen Trends, wie dem Ausdruck von Gleichberechtigung oder persönlicher Freiheit verknüpft ist (Leménager und Torchalla 2011: 442 – 450).
- Ältere Menschen sind durch Verlustereignisse, wie Tod von Partnern oder Freunden, die Verkleinerung des sozialen Netzwerks nach Beendigung der Berufstätigkeit und finanzielle Einbußen suchtfährdet und könnten aufgrund der Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung zu einer besonderen Risikogruppe werden (Weyerer und Schäufele 2011: 451 – 457).
- In der Anästhesie und Intensivmedizin sind besondere Risiken mit dem Tabakgebrauch verbunden, der ein Risikofaktor für eine erhöhte Mortalität in der perioperativen Phase darstellt (Spies et al. 2011: 458 – 468).

- Beim Einsatz von Medikamenten können durch eine tabakbedingte Veränderung der Aktivität von pharmakokinetisch relevanten Enzymsystemen Wechselwirkungen auftreten, die berücksichtigt werden müssen (Schmidt und Wehling 2011: 469 – 479).

Gesundheitliche Schäden durch Passivrauchen

Die giftigen und krebserzeugenden Substanzen sind anteilig auch in dem Rauch vorhanden, der von passiven Rauchern unfreiwillig eingeatmet wird. Ausgeatmete Partikel des Hauptstromrauchs enthalten bis zu 43% der ursprünglichen Bestandteile. Passivraucher sind zudem dem als hoch giftig eingeschätzten Nebenstromrauch ausgesetzt. Deshalb sind auch Passivraucher von diversen und zum Teil schweren Krankheiten betroffen. Auswirkungen von kurzer Passivrauchexposition können Augenbrennen und -tränen, Schwellungen und Rötungen der Schleimhäute, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Atemlosigkeit, Müdigkeit und eine erhöhte Infektanfälligkeit sein. Durch Passivrauchen wird das Blutgefäßsystem geschädigt, was langfristig zu Arteriosklerose, Angina pectoris, akuten und chronischen Herzkrankheiten, Herzinfarkten und Schlaganfällen führt. Weiterhin können durch Passivrauchen Lungenkrebs, Brustkrebs, Atemwegserkrankungen und starke Asthmaanfällen ausgelöst werden. Während der Schwangerschaft können durch Passivrauchen Schäden am Neugeborenen verursacht werden, wie z. B. geringer Kopfumfang, geringes Geburtsgewicht und plötzlicher Kindstot. Kinder sind hier aufgrund ihrer hohen Atemfrequenz und ihres noch nicht voll effizienten Entgiftungssystems besonders gefährdet. So leiden Kinder rauchender Eltern häufiger unter chronischen Atemwegserkrankungen und haben öfter Mittelohrentzündungen, als Kinder nicht rauchender Eltern (vgl. DKFZ 2005; DKFZ 2008a; DKFZ o.J.b; Haustein 2003: 248ff.).

Besonders dringliche Themen im Rahmen der Belastung durch Passivrauchen sind die Gesundheitsgefährdung von Kindern und Familien durch Tabakgebrauch im Auto und im privaten Raum und von Nichtrauchern am Arbeitsplatz und hier insbesondere in der Gastronomie (vgl. DKFZ o.J.b).

In der Übersicht werden folgende Krankheiten und Beschwerden durch Passivrauchen verursacht (nach DKFZ 2008a):

Atemwege: Reizung der Atemwege, Husten, pfeifende Atemgeräusche, Auswurf; Kurzatmigkeit bei Belastung; Reizung der Nase; verringerte Lungenfunktion; Lungenentzündung; Asthma; Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung; Verschlimmerung der Mukoviszidose

Krebs: Lungenkrebs; Brustkrebs (Frauen vor der Menopause); Gebärmutterhalskrebs (wahrscheinlich)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Erkrankungen der Herzkranzgefäße

Sonstige Beschwerden: Augenbrennen und -tränen; Reizung der Schleimhäute; erhöhte Infektanfälligkeit; Kopfschmerzen; Schwindelanfälle

Kinder: akute und chronische Atemwegserkrankungen; Mittelohrentzündungen; Verschlimmerung von Asthma

Neugeborene: geringes Geburtsgewicht; plötzlicher Kindstot

Gesundheitliche Schäden durch rauchlosen Tabakgebrauch

Neben den weit verbreiteten Rauchwaren, wie Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifentabak und Feinschnitt werden auch seltenere Tabakprodukte, wie Kau-, Lutsch- und Schnupftabak konsumiert. Diese sind z. B. in Asien, in den USA oder in Schweden meist gängiger, als in Deutschland (vgl. Mons und Straif 2007; DKFZ 2006).

Schnupftabak

Schnupftabak, der lokal z. T. unterschiedlich bezeichnet wird, wird in Form eines feinen Pulvers durch die Nase eingesogen und nach kurzer Zeit durch Schneuzen wieder entfernt. Es kommen dabei unterschiedliche Tabaksorten zur Anwendung, denen Zusatzstoffe, wie Aromen, getrocknete Früchte und Paraffin- und Salzlösung beigelegt werden. Mit der Massenproduktion von Zigaretten hat der Schnupftabak seine vorherrschende Bedeutung seit dem 19. Jahrhundert aber verloren (ebd.).

Kautabak

Für die Herstellung von Kautabak werden gesponnene Tabakblätter zumeist mit Flüssigkeiten behandelt, die Aroma-, Farb- und Konservierungsstoffe, Mittel zur Fermentation, Kochsalz und Soda enthalten. Allerdings ist Kautabak heutzutage nicht mehr so verbreitet, wie noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts (ebd.).

Lutschtabak

Lutschtabak kann aus unterschiedlichen Gemischen bestehen und z. B. Aromastoffe, Kalk oder Pflanzenasche enthalten. Es gibt trockene und feuchte Sorten, wobei letztere von 20 bis zu 50% Feuchtigkeit enthalten. Beim Konsum wird der Tabak für bis zu 30 min. zwischen Unterlippe und Zahnfleisch oder zwischen Zahnfleisch und Mundschleimhaut geklemmt (DKFZ 2006: 10).

Snus

Schwedischer „Snus“ ist eine Form des Lutschtabaks und besteht aus luftgetrocknetem Tabak mit einem hohen Feuchtigkeitsgehalt. Er wird mit Salzen und Aromastoffen versetzt und enthält je nach pH-Gehalt 0,23 bis 68% freies Nikotin. Je nachdem wird er eher von jugendlichen „Einsteigern“ oder von Gewohnheitskonsumenten eingenommen. Die durchschnittliche Aufnahme beträgt 50 bis 75 Milligramm Nikotin pro Tag, was ca. 30 bis 40 Zigaretten entspricht. Der Verkauf von Snus ist, außer in Schweden, EU-weit verboten. Snus wird vor allem auch in den USA konsumiert (ebd.).

Rauchlose Tabakprodukte enthalten somit Nikotin, krebserzeugende Substanzen, wie Nitrosamine und Zusatzstoffe, die gesundheitsgefährdend sind. Deshalb kann der Gebrauch von rauchlosem Tabak Krebs der Mundhöhle und im Kopf- und Halsbereich, Krebs der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und wahrscheinlich auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen. Die Auswirkungen des rauchlosen Tabakgebrauchs in der Schwangerschaft sind schwächer, aber vergleichbar mit denen des Rauchens. Auch im Bereich der Mundgesundheit sind negative gesundheitliche Auswirkungen, wie z. B. ein erhöhtes Risiko für Kariesschäden, Zahnfleischschwund, Läsionen und Leukoplakien zu verzeichnen. Zudem wird ein Zusammenhang zwischen rauchlosem Tabakgebrauch und der Entstehung von Diabetes vermutet. Insgesamt lässt sich feststellen, dass rauchloser Tabak offensichtlich ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko darstellt, auch wenn die Wirkung etwas schwächer als bei Rauchwaren ist (vgl. Mons und Straif 2007; DKFZ 2006).

Gesundheitliche Schäden durch kalten Tabakrauch

Kalter Tabakrauch oder „Thirdhand smoke“ ist Rauch, der sich schon nach wenigen gerauchten Zigaretten auf Oberflächen und im Staub ablagert und dessen Substanzen an zahlreichen Gegenständen in Innenräumen verbleiben. Sie lassen sich schlecht entfernen und geben Partikel und Substanzen in die Raumluft ab, die krebserzeugend und gesundheitsgefährdend sind. Diese können über Haut, Mund und Lunge aufgenommen werden und sind insbesondere für Kleinkinder gefährlich. Zur Untersuchung der Wirkung des kalten Tabakrauchs wurden Zellversuche durchgeführt, die zeigten, dass kalter Rauch die Funktion und die Erbsubstanz von Zellen schädigte. In Tierversuchen wurde eine Beeinträchtigung des Immunsystems und der Lungenentwicklung bei Ungeborenen beobachtet (vgl. DKFZ 2016).

Gesundheitliche Schäden durch neuartige Tabakprodukte

Als neuartig werden im Rahmen dieser Arbeit Tabakprodukte bezeichnet, die in den letzten Jahren auf den Markt gebracht wurden und/oder sich zunehmend verbreitet haben.

Entsprechend werden diese Produkte und ihre gesundheitlichen Auswirkungen in den letzten Jahren vermehrt und zum Teil kontrovers diskutiert (vgl. Bhatnagar et al. 2019).

E-Zigaretten

Hier werden Aerosole inhaliert, die durch Erhitzung einer zumeist nikotinhaltigen und aromatisierten Flüssigkeit entstehen. Verschiedene Typen von E-Zigaretten sind z. B. E-Shishas, E-Zigarren und E-Pfeifen, die kontinuierlich weiterentwickelt werden. Die Konzentration der Schadstoffe ist meist geringer, als im Tabakrauch, kann unter bestimmten Bedingungen aber auch ähnlich hoch oder höher sein. Gesundheitliche Gefährdungen beim E-Zigaretten-Gebrauch sind z. B. das Abhängigkeitspotenzial durch Nikotin und die Schadstoffbelastung. Damit können Beeinträchtigungen der Lungenfunktion und entzündliche Reaktionen der Atemwege einhergehen. Weiterhin werden Blutplättchen aktiviert, was der erste Schritt bei der Blutgerinnung ist. In Tier- und Zellversuchen wurden u. a. eine entzündungsfördernde Wirkung, oxidativer Stress und eine Schädigung der Erbsubstanz beobachtet. Obwohl die langfristigen Auswirkungen des Konsums von E-Zigaretten noch nicht bekannt sind, wird davon ausgegangen, dass der Gebrauch weniger schädlich, als der von herkömmlichen Produkten, wie Zigaretten ist. Studien deuten auf einen Nutzen von E-Zigaretten in der Tabakentwöhnung hin (vgl. DKFZ 2018; DKFZ o.J.c). Allerdings beschreibt die WHO (2020b), dass die erfolgreiche Anwendung der E-Zigarette in der Tabakentwöhnung auf Populationsebene noch nicht ausreichend geklärt sei.

Tabakerhitzer

Tabakerhitzer sind z. B. das in Deutschland vertriebene Produkt „IQOS“[®] von Philip Morris International (PMI) oder das in anderen Ländern übliche Produkt „glo“[®] von British American Tobacco (BAT). Dabei werden mit Glyzerin versetzte Tabakstifte stark erhitzt und das daraus entstandene Aerosol über mehrere Filter inhaliert. Schädigende Substanzen, die dadurch aufgenommen werden, sind z. B. Nikotin, Propylenglykol, Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, tabakspezifische Nitrosamine, Benzol und Formaldehyd-Cyanohydrin. Auch hier kann man wahrscheinlich davon ausgehen, dass der Gebrauch von Tabakerhitzern mit einer geringeren Schadstoffbelastung einhergeht, als beim Rauchen von Zigaretten. Da aber noch unklar ist, inwiefern sich dies auf eine reduzierte Gesundheitsgefährdung überträgt und weil ein Schadstoff entdeckt wurde, der im Tabakrauch nicht vorliegt, wird davon abgeraten, Tabakerhitzer als harmloses „Life-Style-Produkt“ zu betrachten (vgl. DKFZ 2018a; DKFZ o.J.d).

Wasserpfeifen

Seit den 1990er Jahren verbreitet sich das, ursprünglich unter älteren Männern im nahen Osten gebräuchliche Rauchen von Wasserpfeifen, weltweit und vorwiegend unter jungen Menschen. Beim Gebrauch von Wasserpfeifen wird durch Platzierung von Tabak oder Kräutermischungen, Früchten, aromatisierten Steinen, Gels oder Flüssigkeiten unter durch perforierte Alufolio abgeschirmte glühende Kohle (Tabak-) Rauch durch Wasser geleitet und über einen Schlauch inhaliert. Der Wasserpfeifenrauch enthält schädliche Substanzen, wie Nikotin, lungengängige Partikel, Kohlenmonoxid (CO), polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK), tabakspezifische Nitrosamine, Aldehyde (z. B. Formaldehyd), flüchtige organische Substanzen (z. B. Benzol) und Schwermetalle wie Nickel, Chrom oder Blei. Dabei ist die Rauchaufnahme pro Zug gegenüber dem Zigarettenrauchen deutlich erhöht. Gesundheitliche Schäden, die durch Wasserpfeifengebrauch ausgelöst werden können, sind eine Beeinträchtigung der Lungenfunktion, CO-Vergiftung, COPD, Parodontitis, wahrscheinlich chronische Bronchitis und möglicherweise Lungenemphysem und metabolisches Syndrom. Weiterhin besteht ein möglicher Zusammenhang mit Lungen-, Mundhöhlen-, Magen- sowie Speiseröhrenkrebs. Zudem werden die Herzfrequenz und der Blutdruck kurzfristig erhöht und Funktionen des Herz-Kreislauf-Systems beeinträchtigt, was mit einem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen einhergeht. In der Schwangerschaft besteht durch Wasserpfeifengebrauch ein Risiko für ein geringes Geburtsgewicht (DKFZ 2018b; DKFZ o.J.e).

Eine Passivrauchbelastung ist bei neuartigen Tabakprodukten insbesondere durch Wasserpfeifengebrauch gegeben, kann aber auch bei E-Zigaretten und Tabakerhitzern nicht ausgeschlossen werden (vgl. DKFZ 2018; DKFZ 2018a; DKFZ 2018b).

Beschreibung der Nikotinabhängigkeit

Im Rahmen des Substanzgebrauchs hat sich der Begriff „Abhängigkeit“ gegenüber „Sucht“ inzwischen durchgesetzt. In den zwei gängigen diagnostischen Klassifikationssystemen, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der *American Psychiatric Association* und in der International Classification of Diseases (ICD) wird beim Konsum psychoaktiver Stoffe ein breites Spektrum von Symptomen, wie Intoxikation unmittelbar nach dem Konsum, schädlicher Gebrauch (Missbrauch) oder das Abhängigkeitssyndrom beschrieben. Substanzabhängigkeit muss umfassend betrachtet werden und erklärt sich durch eine Kombination von psychologischen, neurobiologischen, sozialen, genetischen und Persönlichkeitsfaktoren. Aus neurobiologischer und neuropsychologischer Sicht hat das zerebrale Belohnungssystem in der Abhängigkeitsentwicklung eine besondere Bedeutung, weil hier ein Zusammenhang mit Lern- und Motiva-

tionsprozessen besteht. Neben dem Neurotransmitter Dopamin (DA) spielen auch Glutamat, Opioide, Serotonin und Noradrenalin bei dem Erzeugen von euphorischen und somit belohnenden Gefühlen eine Rolle. Gleichzeitig findet durch die molekulare und zelluläre Neuroadaptation ein Ausgleich der Überstimulation hedonistischer Gefühle statt, was mit negativen affektiven Zuständen einhergeht und dazu führt, dass die Substanz weiter konsumiert wird, um das positive Gefühlsspektrum wieder zu erreichen. Auch Erbfaktoren und bestimmte Gene sind relevant. So kann das synaptische DA-System durch eine erhöhte Exposition gegenüber Stressoren in der Kindheit und Jugendzeit und damit verbundener CRF⁴- und Kortisolfreisetzung möglicherweise langfristig verändert werden. Zudem wird postuliert, dass bei abhängigen Individuen oftmals schwache Entscheidungsmechanismen und eine fehlende Einsicht in das problematische Suchtverhalten vorliegen und dass dabei ebenfalls bestimmte Hirnregionen involviert sind (Insula; vgl. Martin-Soelch 2010).

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien für die Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit gemäß ICD-10 und DSM-IV dargestellt:

Tab. III: Diagnostische Kriterien gemäß ICD-10 und DSM-IV (nach Hoch und Kröger 2011: 769)

ICD-10-Tabakabhängigkeit (F17.2x)	DSM-IV-Nikotinabhängigkeit
<p>Definition: <i>Der Konsum einer Substanz hat Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen, die früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Kriterium ist der oft starke und übermächtige Wunsch, die Substanz zu konsumieren.</i></p>	<p>Definition: <i>Fehlangepasster Konsum mit nachfolgenden klinisch relevanten Beeinträchtigungen</i></p>
<p>Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollen während des vergangenen Jahres erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Tabak zu konsumieren - Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Tabakkonsums - Ein körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion des Tabakkonsums oder Tabakgenuss mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern - Nachweis der Toleranz: Um die ursprüngliche durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich - Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Tabakkonsums - Anhaltender Tabakkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen 	<p>Drei oder mehr der folgenden Kriterien müssen zu irgendeiner Zeit über die Dauer von 12 Monaten aufgetreten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nikotin wird häufig in großen Dosen und länger als beabsichtigt eingenommen - Erfolgreiche Versuche oder der permanente Wunsch, den Nikotingebrauch zu reduzieren oder zu kontrollieren - Entzug: a) nikotincharakteristisches Entzugssyndrom oder b) Einnahme von Nikotin, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden - Toleranz: a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um den gewünschten Effekt oder Intoxikation herbeizuführen oder b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis (z. B. bleiben Unruhe oder Schwindel nach Konsum aus) - Wichtige berufliche, soziale oder Freizeitaktivitäten werden wegen des Nikotinkonsums aufgegeben oder eingeschränkt - Fortgesetzter Nikotinkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden

⁴ CFR = Corticotropin Releasing Factor

ICD-10-Tabakabhängigkeit (F17.2x)	DSM-IV-Nikotinabhängigkeit
	<p>körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Nikotin verursacht oder verstärkt wurde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viel Zeit, um Nikotin zu konsumieren oder sich von den Wirkungen zu erholen

Die bei dieser Diagnostik am häufigsten verwendeten Kriterien sind: Entzugssymptome und fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen und Kontrollminderung; wohingegen ein hoher Aufwand für die Beschaffung, Gebrauch oder Erholung; Einschränkungen wichtiger Tätigkeiten aufgrund des Tabakkonsums und Toleranzentwicklung eine untergeordnete Rolle spielen. Als weiteres Instrument zur Bestimmung der Stärke der Tabakabhängigkeit hat sich der Fagerström-Test u. a. in internationalen Studien als valides Messinstrument bewährt und wird für den routinemäßigen Einsatz empfohlen:

Tab. IV: Items und Skalenwerte des „Fagerström-Tests für Nikotinabhängigkeit“ (nach ebd.: 770)

Fragen	Antworten	Punkte
Innerhalb welcher Zeitspanne nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	Innerhalb von 5 min.	3
	6 bis 30 min.	2
	31 bis 60 min.	1
	Nach 60 min.	0
Empfinden Sie es als schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen, z. B. in der Kirche, Bibliothek, im Kino etc.?	Ja	1
	Nein	0
Welche Zigarette möchten Sie am allerwenigsten aufgeben?	Die erste am Morgen	1
	Alle anderen	0
Wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie?	10 oder weniger	0
	11 bis 20	1
	21 bis 30	2
	31 oder mehr	3
Rauchen Sie oft mehr in den ersten Stunden nach dem Aufwachen als am Rest des Tages?	Ja	1
	Nein	0
Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie die meiste Zeit im Bett verbringen?	Ja	1
	Nein	0
<i>Auswertung: 0 – 2 Punkte = keine bzw. sehr geringe Abhängigkeit; 3 – 4 Punkte = geringe Abhängigkeit; 5 Punkte = mittelschwere Abhängigkeit; 6 – 7 Punkte = schwere Abhängigkeit; 8 – 10 Punkte = sehr schwere Form der Abhängigkeit</i>		

Genauer betrachtet, werden bei der Aufnahme von Nikotin im Gehirn Azetylcholinrezeptoren aktiviert, wobei es durch verschiedene physiologische Reaktionen zur Ausschüttung von Botenstoffen (Neurotransmittern) und Hormonen kommt. Es wird angenommen, dass Nikotin so schwerpunktmäßig das mesolimbisch-mesokortikale Dopaminsystem

beeinflusst, da es durch Bindung an dopaminerge Rezeptoren deren Aktivität erhöht. Ebenfalls wird der Glutamat-Gehalt erhöht und so kommt es zu einer motivierenden und Belohnungswirkung (Hoch und Kröger 2011: 768 – 772). Neben dieser positiven Verstärkerwirkung gibt es auch die negative Verstärkerwirkung, die besagt, dass die Einnahme einer Substanz zur Beendigung oder Verringerung eines zuvor bestehenden unangenehmen Zustands, wie z. B. Angst, Depression, Stress, Schmerz oder Entzugssymptomen erfolgt. Dies wird auch als „Selbstmedikation“ oder „Spannungsreduktion“ bezeichnet (Stevens und Rist 2012: 23). So spricht man beim Nikotingebrauch von einem „bivalenten Wirkspektrum“, das je nach zugeführter Dosis, antriebs- und aktivitätssteigernd oder dämpfend sein kann (Heinz et al. 2012: 42). Neben Lerneffekten (Nachahmung, Konditionierung) und belastenden familiären Bedingungen (z. B. viele Konflikte, ungünstiger Erziehungsstil, elterlicher Substanzkonsum und psychische Störungen der Eltern) sind Erfahrungen mit Gleichaltrigen für die Entwicklung einer Nikotinabhängigkeit von Bedeutung. Weiterhin sind gesellschaftliche Bedingungen, wie kulturspezifische (Konsum-) Normen, Werte, Regeln und die Verfügbarkeit von Tabakprodukten sowie die aktuelle Tabakpolitik ausschlaggebend (Hoch und Kröger 2011: 772 – 773).

Es ist davon auszugehen, dass nicht allein die psychotropische Wirkung des Nikotins abhängigkeiterzeugend ist, sondern dass dabei auch andere sensorische Erfahrungen, wie die inhalative Rauchaufnahme oder kommunikative Aspekte eine Rolle spielen. Zudem ist es möglich, dass neben dem Nikotin andere Tabakalkaloide die Abhängigkeitsentwicklung unterstützen (Batra und Lindinger 2012: 100; Batra 2011a: 141).

Gesundheitliche Auswirkungen der Tabakaufgabe

Zur Betonung der positiven Gesundheitswirkung der Tabakaufgabe wird oftmals der Bericht „The Health Benefits of Smoking Cessation“ des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 1990 zitiert. Darin wird datenbasiert festgestellt, dass Individuen, denen eine Rauchaufgabe gelingt, länger leben, als diejenigen, die weiter rauchen. Faktoren, wie die Anzahl der Jahre, die geraucht wurde, gerauchte Zigaretten pro Tag und die An- oder Abwesenheit von Krankheit bei Rauchaufgabe wirken sich auf die Lebenserwartung nach einer Rauchaufgabe aus. Diese ist bei ehemaligen Rauchern vor allem deswegen erhöht, weil das Risiko, an tabakbedingten Erkrankungen zu sterben, sinkt. Positive gesundheitliche Auswirkungen, wie Normalisierung der expiratorischen CO-Konzentration, Intensivierung des Geruchs- und Geschmackempfindens und Verbesserung der respiratorischen Funktion kann man bereits kurz nach einer Tabakaufgabe feststellen (vgl. U.S. Department of Health and Human Services 1990). Auch bei bereits Erkrankten treten gesundheitliche Verbesserungen nach einer Tabakaufgabe auf.

Beispielsweise haben rauchende Patienten mit Lungenkarzinom öfter Zweitkarzinome und Rezidive, als ehemalige Raucher. Weiterhin wirkt sich die Tabakaufgabe auch hier positiv auf die Gesamtsterblichkeit und auf die Verträglichkeit von Radio- und Chemotherapie aus. Im palliativmedizinischen Rahmen haben die Verbesserung der Lungenfunktion, der Lebensqualität und eine Gewichtszunahme nach Tabakaufgabe bei Patienten mit Lungenkarzinom eine besondere Bedeutung (Andreas et al. 2013: 719⁵). Bei COPD wirkt sich die Tabakentwöhnung positiv auf Lungenfunktion, Luftnot, Husten, Exazerbationsrate und Sterblichkeit aus. Ein schwerer Verlauf kann zumeist vermieden werden und die Krankenhauseinweisungen sinken signifikant (vgl. Andreas et al. 2009⁶). Zwar wirkt sich eine frühe Rauchaufgabe am günstigsten auf die Lebenserwartung aus, aber auch im höheren Alter wird dadurch noch eine längere Lebenszeit erzielt. So wurde berechnet, dass ein 60-jähriger Raucher mindestens drei, ein 50-jähriger mindestens sechs und ein 40-jähriger mindestens neun Lebensjahre gewinnt (Doll et al. 2004: 6 – 7; U.S. Department of Health and Human Services 1990: vi – vii).

Die WHO fasst die Vorteile einer Tabakaufgabe folgendermaßen zusammen:

Tab. V: Fakten über die gesundheitlichen Vorteile der Tabakaufgabe (nach WHO 2020e)

<p>Kurz- und langfristige gesundheitliche Vorteile der Tabakaufgabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herzfrequenz und Blutdruck sinken nach 20 min. - CO-Konzentration im Blut auf normalem Niveau nach 12 Std. - Verbesserung der Durchblutung und Lungenfunktion nach 2 bis 12 Wochen - Husten und Kurzatmigkeit sinken nach 1 bis 9 Monaten - Risiko für KHK ca. die Hälfte desjenigen eines Rauchers nach 1 Jahr - Schlaganfallrisiko entspricht dem eines Nichtraucher (5 bis 15 Jahre nach Rauchaufgabe) nach 5 Jahren - Risiko für Lungenkrebs ca. die Hälfte desjenigen eines Rauchers und gesunkenes Risiko für Krebs im Mundraum, Hals, Speiseröhre, Blase, Gebärmutterhals und Bauchspeicheldrüse nach 10 Jahren - Risiko für KHK entspricht dem eines Nichtrauchers nach 15 Jahren
<p>Gesundheitliche Vorteile der Tabakaufgabe für alle Altersstufen und bereits tabakbedingt Belastete:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mit ca. 30 Jahren: Zugewinn an fast 10 Jahren Lebenserwartung - Mit ca. 40 Jahren: Zugewinn an 9 Jahren Lebenserwartung - Mit ca. 50 Jahren: Zugewinn an 6 Jahren Lebenserwartung - Mit ca. 60 Jahren: Zugewinn an 3 Jahren Lebenserwartung - Nach Einsetzen einer lebensbedrohlichen Erkrankung: rascher Nutzen, nach Herzinfarkt Reduzierung eines zweiten um 50%
<p>Reduktion des zusätzlichen Risikos für Erkrankungen durch Passivrauch bei Kindern:</p> <p>Risikosenkung für z. B. respiratorische Krankheiten (Asthma) und (Mittel-) Ohrentzündung</p>
<p>Weitere Vorteile:</p>

⁵ Interessenkonflikt deklariert.

⁶ Interessenkonflikt deklariert.

Reduzierung der Möglichkeit von Impotenz, der Schwierigkeiten schwanger zu werden, von Frühgeburten, von geringem Geburtsgewicht und von Fehlgeburten

Daneben nennt das DKFZ (2008b) 10 Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören, die sich schwerpunktmäßig an Krankheitsbildern orientieren sowie an zusätzlichen Aspekten, wie körperliche Fitness und Geldersparnis:

Tab. VI: Zehn Gründe mit dem Rauchen aufzuhören (nach DKFZ 2008b)

	Vorteile des Rauchstopps
Lungenkrebs	<ul style="list-style-type: none"> - Bereits innerhalb einiger Jahre sinkt das Erkrankungsrisiko für die meisten Krebsarten deutlich – je früher der Betreffende mit dem Rauchen aufhört, umso besser ist die Wirkung. - Zehn Jahre nach einem Rauchstopp hat der Exraucher ein nur noch halb so hohes Risiko für Lungenkrebs, als wenn er dauerhaft weiter-geraucht hätte.
Herz-Kreislaufkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Bereits eine Woche nach einem Rauchstopp sinkt der Blutdruck. Zwei Jahre nach einem Rauchstopp hat ein Exraucher fast das gleiche Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen wie ein Nichtraucher. - Ein Rauchstopp verbessert die medikamentöse Therapie bei Herz-Kreislaufkrankungen.
Atemwegserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Schon drei Tage nach der letzten Zigarette bessert sich die Funktion der Atemwege. - Ein Rauchstopp bessert auch die Symptome der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), verlangsamt deren Verlauf und verlängert das Leben.
Unfruchtbarkeit/Impotenz	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Rauchstopp vor und auch noch während der Schwangerschaft verringert das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen. - Rauchende Männer leiden häufiger unter Impotenz als nichtrauchende Männer.
Infektionen der Atemwege	Drei bis neun Monate nach einem Rauchstopp verbessern sich Husten und Atemwegsbeschwerden.
Persönliches Erscheinungsbild	Nach einem Rauchstopp verschwinden die Verfärbungen der Finger und Zähne, die Haut glättet sich und bekommt ein frischeres Aussehen und der schlechte Geruch der Haare und der Kleidung verschwindet.
Körperliche Fitness	Exraucher sind körperlich wieder fit, leben gesünder und sind belastbarer.
Gesundheitsschädigungen anderer durch Passivrauchen	Wer nicht mehr raucht, tut nicht nur der eigenen Gesundheit einen Gefallen, sondern schont auch die Gesundheit anderer.
Kontrolle über das eigene Leben	Nach einem Rauchstopp wird der Exraucher nicht mehr permanent Opfer seiner Sucht: Er verfügt wieder frei über seine Zeit und fühlt sich nicht mehr gezwungen, jede Tätigkeit immer wieder für eine Zigarette zu

	Vorteile des Rauchstopps
	unterbrechen.
Geldersparnis	<ul style="list-style-type: none"> - Bei einem Preis von 3,50 Euro pro Zigarettenschachtel mit 20 Zigaretten gibt ein Raucher, der ein Päckchen Zigaretten am Tag raucht, in einem Jahr mehr als 1200 Euro für das Rauchen aus. - Für die gleiche Summe kann man sich beispielsweise einen zweiwöchigen all-inclusive-Urlaub in einem 4-Sterne-Hotel auf den Kanarischen Inseln leisten oder sich andere große oder kleinere Wünsche immer mal zwischendurch erfüllen!

Zwischenfazit: Tabak und Gesundheit

Aus den Darlegungen geht hervor, dass beim Tabakgebrauch stark verändernde und beeinträchtigende Eingriffe in verschiedene Systeme des menschlichen Körpers, wie z. B. das Nervensystem und das vaskuläre System stattfinden. Die damit einhergehenden, auf zellulärer Ebene lokalisierten Wechselwirkungen sind hoch komplex. Sie breiten sich auf nahezu alle menschlichen Organe aus, weshalb Tabak zum einen ein bedeutender Risikofaktor für zahlreiche nicht übertragbare Krankheiten ist. Zum anderen kann er in einigen Fällen auch als Auslöser von Erkrankungen bezeichnet werden (z. B. bei Lungenkrebs). Des Weiteren bedingt Tabakgebrauch Infektionserkrankungen (z. B. Tuberkulose) sowie akute Erkrankungen (z. B. respiratorische Infekte). Somit ist die Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit auch Bestandteil der gängigen internationalen Klassifikationssysteme für Krankheiten und psychische Störungen (ICD-10 und DSM-IV). Aus der Betrachtung der zahlreichen gesundheitlichen Schäden, die durch Tabakgebrauch verursacht werden und aus wissenschaftlichen Untersuchungen geht hervor, dass eine Tabakentwöhnung die menschliche Gesundheit stark fördert und die Lebenszeit erheblich verlängert.

Tabak und Global Health

In diesem Unterkapitel erweitert sich die Perspektive der Arbeit von der Betrachtung der Interaktion zwischen Tabak und individueller menschlicher Gesundheit auf feinstofflicher und körperlicher Ebene auf die weltweiten Zusammenhänge von Tabak und Gesundheit.

Was ist Global Health?

Um zu verstehen, welche Auslöser, Eigenschaften, Folgen und Bedeutung der weltweite Tabakgebrauch hat, ist es erforderlich, ein Grundverständnis von Global Health zu haben, da dies ein Konzept ist, das den Rahmen für grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme setzt. D. h., dass die internationale Ausbreitung des Tabakgebrauchs und die gesundheitlichen Folgen im Kontext weiterer globaler Gesundheitsprobleme und –

ereignisse sowie der sie umgebenden Strukturen, Entwicklungen, Akteure und Diskurse betrachtet werden müssen, um ein vertieftes Verständnis des Gegenstands zu ermöglichen. Da Global Health im Detail unterschiedlich beschrieben und definiert wird (Koplan et al. 2009: 1993; Beaglehole und Bonita 2010: 1), erfolgt an dieser Stelle eine Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte und Ansätze, welche eine erste Einordnung von Tabakkonsum/-gebrauch in das Feld der globalen gesundheitsbezogenen Entwicklungsprozesse ermöglichen soll.

Ein gewisser Konsens zwischen unterschiedlichen Autoren herrscht darin, dass es bei Global Health um Gesundheitsprobleme geht, die durch Globalisierungsprozesse – spezifiziert z. B. durch globalisierten Handel und Wirtschaft, zunehmende Reisetätigkeit; ökonomische, politische und soziale gegenseitige Abhängigkeit von Staaten, Komplexität, neue Geschwindigkeiten – ausgelöst werden, welche alle Staaten und Bevölkerungen betreffen und deshalb global-kooperative Lösungsansätze erforderlich machen (vgl. Gräser 2018; Razum et al. 2014; Skolnik 2012; Fried et al. 2010; Koplan et al. 2009). Weiterhin wird Gesundheit oder Public Health oftmals als „Globales Öffentliches Gut“ bezeichnet oder Gesundheit wird als Menschenrecht beschrieben (vgl. Gräser 2018; Hanefeld 2014; Fried et al. 2010; Koplan et al. 2009). Alle Menschen weltweit sollen somit die Möglichkeit haben, ein Leben in Gesundheit zu führen. Damit zusammenhängend wird hervorgehoben, dass Global Health zur Behebung von Ungleichheit in und zwischen Ländern beitragen soll (vgl. Gräser 2018; Razum et al. 2014; Koplan et al. 2009). Thematische Bereiche von Global Health, die mehrfach genannt werden, sind z. B. die Ausbreitung von Infektionskrankheiten durch internationale Reisetätigkeit, alternde Bevölkerungen in immer mehr Ländern, die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit und die weltweite Ausbreitung von Krankheiten, die ursprünglich auf die westlichen Hocheinkommensländer (engl. High income countries, HIC) beschränkt waren und die auf die (neue) weltweite Verfügbarkeit von Produkten und Dienstleistungen zurückgeführt werden kann. Hier ist Tabak im Rahmen der massiven weltweiten Zunahme von NCDs ein wesentliches, „klassisches“ und viel diskutiertes Problem in Global Health (vgl. Gräser 2018; Razum et al. 2014; Skolnik 2012; Fried et al. 2010; Koplan et al. 2009).

Konkreter gefasst, vereint Global Health Lehre, Forschung und Praxis und verfolgt das Ziel, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit die Gesundheit aller Menschen weltweit auf Populations- und individueller Ebene zu verbessern. Im Fokus dieser gemeinsamen Anstrengung stehen grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme, -determinanten und Lösungen (vgl. Beaglehole und Bonita 2010; Fried et al. 2010; Koplan et al. 2009). Als Ak-

teure von Global Health nennt Gräser (2018: 7) Regierungen, internationale Organisationen, Nichtregierungsorganisationen (NRO), Unternehmen und die Zivilgesellschaft.

Koplan et al. (2009) grenzen Global Health von Public Health und „International Health“ ab, indem sie Public Health als auf eine spezielle Bevölkerung oder auf ein Land bezogen definieren und International Health in der einseitigen Hilfe für spezielle Probleme in LMIC sehen. Global Health wird dagegen aus ihrer Sicht von einem Paradigmenwechsel hin zu einer echten gemeinsamen Partnerschaftlichkeit, einer Bündelung von Erfahrung und Wissen und einem wechselseitigen Austausch zwischen HIC und LMIC begleitet. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass bei Global Health Gesellschaften involviert sind, die den HIC gegenüber den LMIC keine „Vormachtstellung“ (mehr) einräumen.

Fried et al. (2010) kritisieren allerdings den Ansatz von Koplan et al. (2009) und sprechen sich dafür aus, dass sich Public Health und Global Health im Wesentlichen inhaltlich entsprechen (Verständnis von Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden; Integration von Populations- und individueller Ebene, Interdisziplinarität der Strategien zur Lösungsfindung). Beaglehole und Bonita (2010) kommen aufbauend auf einer Kritik verschiedener Definitionen zu einer eigenen Definition von Global Health.

Greene et al. (2013) weisen darauf hin, dass die koloniale Vergangenheit bis heute Auswirkungen auf Global Health hat. Sie werfen einen Blick in die Geschichte von Imperialismus und Kolonialismus und auf die Rolle, die Gesundheit darin eingenommen hat. Demnach war die Entwicklung von Medizin und Public Health oftmals zufällig und die Kolonialgebiete dienten dabei häufig als Versuchsfelder. An vielen Beispielen lässt sich erkennen, dass sich die Intention, Menschen aus LMIC gleichberechtigt zu begegnen und zu deren Gesundheit beizutragen erst spät entwickelte und die Förderung von Gesundheit in den Kolonien Zielen wie dem Schutz des Militärs oder der Arbeitskraft diene. Drastischere Beispiele sind das Aussterben ganzer Bevölkerungen aufgrund von Pathogenen, die durch Eroberer eingeschleppt wurden (z. B. Haiti), die absichtsvolle Infizierung von Einheimischen oder die Rechtfertigung des Sklavenhandels aufgrund der Beobachtung einer niedrigen Mortalität bei afrikanischen Soldaten unter tropischen Wetterbedingungen. Es wird empfohlen, die geschichtliche Perspektive zu nutzen, um heutige Probleme in Global Health zu verstehen und die Wissensbestände, auf denen Global Health aufbaut, zu hinterfragen. Das legt nahe, dass die Idee einer gegenseitigen und gleichberechtigten Partnerschaftlichkeit in Global Health von Koplan et al. (2009) mög-

licherweise noch nicht ausreichend verwirklicht wurde und es hier noch einer gewissen Anstrengung bedarf.

Tabakprodukte, Anbau, Produktion und Umsatz weltweit

Zigaretten sind das weltweit am meisten verkaufte und konsumierte Tabakprodukt (vgl. Statista 2020; Shafey et al. 2009). Die folgende Abbildung zeigt die Dominanz von Zigaretten beim Vergleich des Umsatzes verschiedener Tabakprodukte (Segmente). „Smoking Tobacco“ enthält hier Feinschnitt und Pfeifen- und Wasserpfeifentabak und schließt rauchlosen Tabak aus.

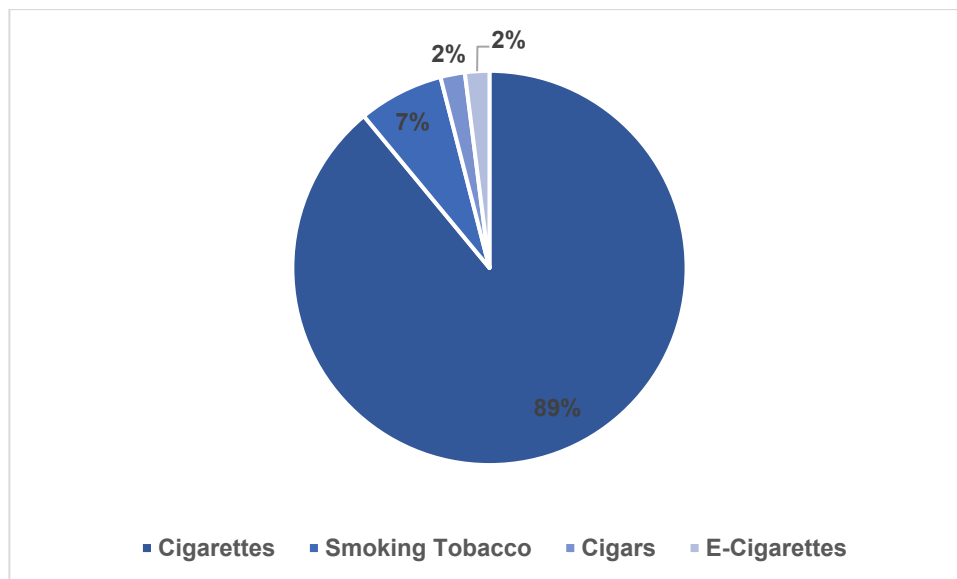


Abb. I: Umsatzanteile verschiedener Tabakprodukte weltweit, 2019 (nach Statista 2020)

Es wird beschrieben, dass der weltweite Tabakanbau seit den 1960er-Jahren stark angestiegen ist und dass besonders ein Anstieg des Anbaus in LMIC stattgefunden hat, während in den HIC ein Rückgang zu verzeichnen ist. Seit mehreren Dekaden dominiert China die weltweite Tabakproduktion (Drope und Schluger 2018: 14; Shafey et al. 2009: 48 – 49).

Die folgende Abbildung zeigt die Erntemengen der führenden Anbauländer von Tabak weltweit in 2017 und 2018:

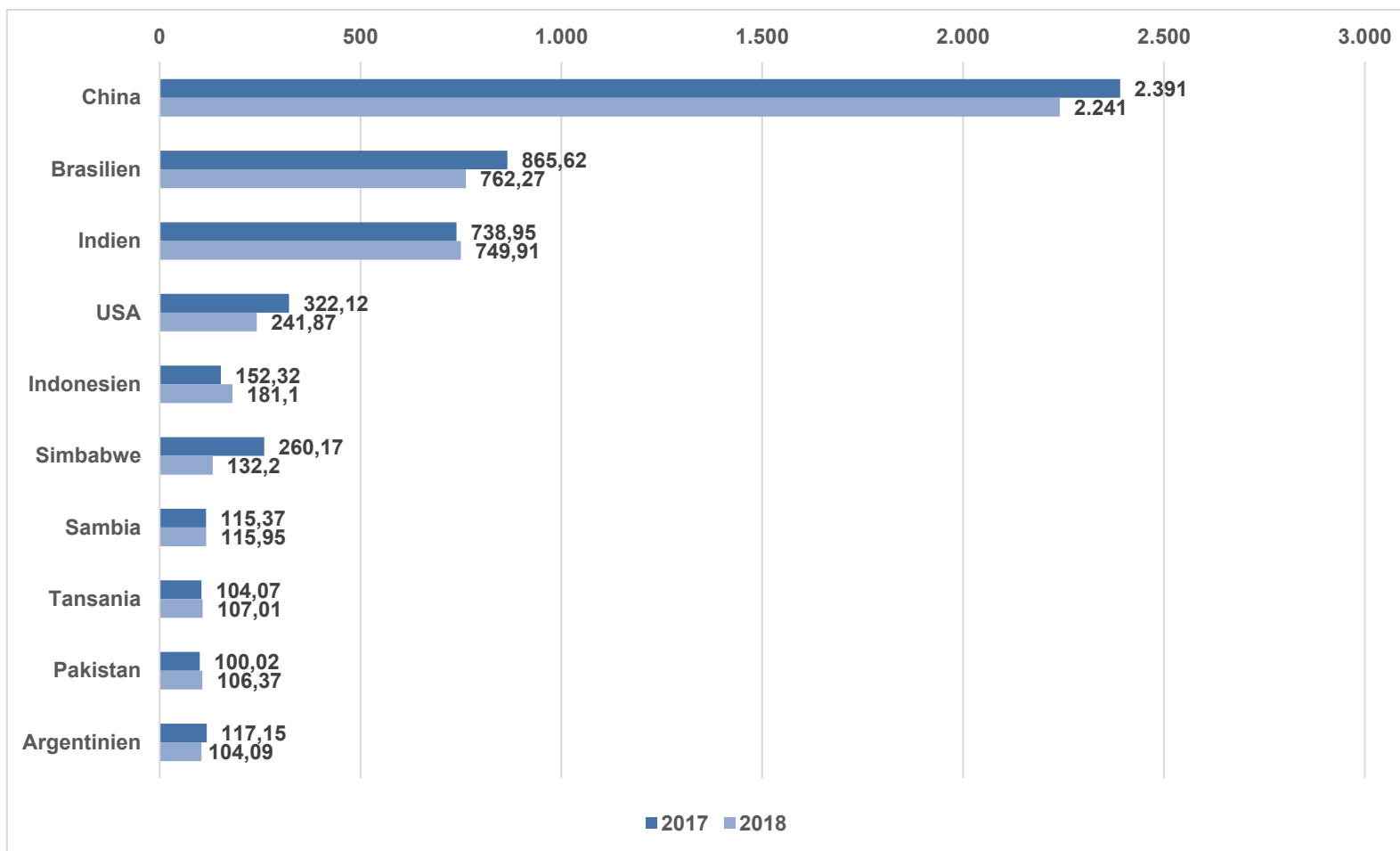


Abb. II: Erntemenge der führenden Anbauländer von Tabak weltweit in 2017 und 2018 (in 1.000 Tonnen; nach Statista 2020a)

Der Tabakanbau ist mit zahlreichen Umwelt- und Public-Health-Problemen verbunden. So wird z. B. ein massiver Pestizid- und Düngereinsatz beschrieben, der u. a. das Grundwasser belastet und eine Abholzung von Wäldern, weil zum Trocknen der Tabakblätter eine hohe Menge Feuerholz benötigt wird. Zwischen Tabakanbauern und Tabakfirmen bestehen oft oligarchische Abhängigkeitsverhältnisse und auch von Kinderarbeit wird berichtet (Drope und Schluger 2018: 14 – 15; Von Eichborn und Abshagen 2015: 19 – 20; Shafey et al. 2009: 48 – 49).

Die Tabakblätter werden an Tabak-Firmen verkauft und dort zu Konsumgütern weiterverarbeitet (Drope und Schluger 2018: 16). In der folgenden Abbildung werden die in 2013 weltweit umsatzstärksten Tabakunternehmen dargestellt:

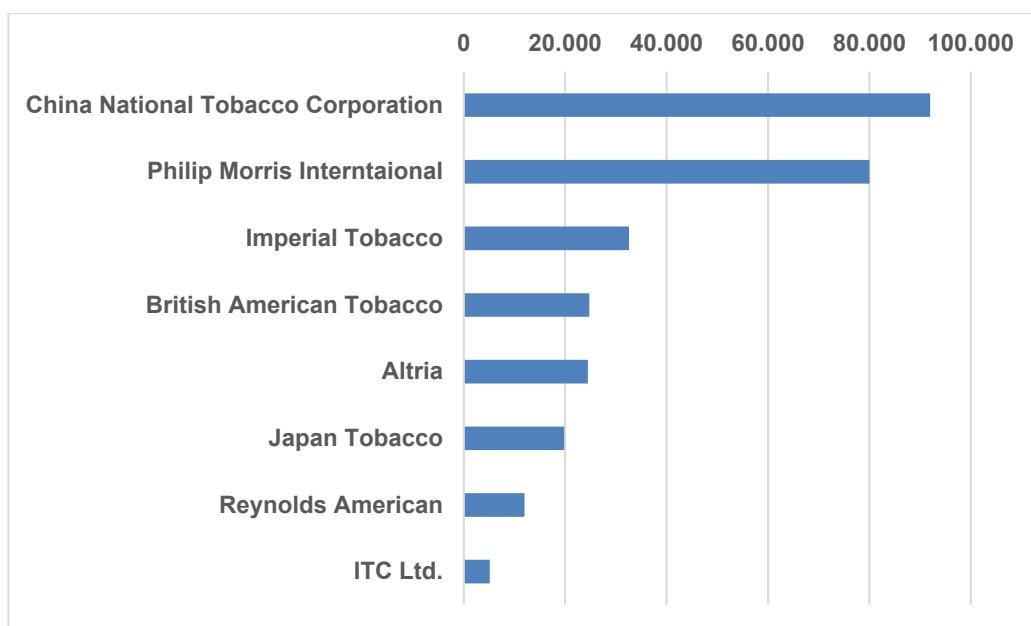


Abb. III: Umsatz der führenden Tabakunternehmen weltweit in 2013 (in Mio. US-Dollar; nach Statista 2020b)

Es wird prognostiziert, dass der Umsatz im weltweiten Tabakmarkt (alle Segmente) bis 2025 jährlich um 2,5% weiter zunehmen wird. Aufgrund der Corona-Krise wird mit einem Umsatzrückgang von 4% gerechnet. Dabei steht einem Pre-COVID-19-Umsatz von 800 Mrd. US-Dollar ein Post-COVID-19-Umsatz von 767 Mrd. US-Dollar entgegen. Mit einer langfristigen Umkehrung des steigenden Umsatzrends wird bislang langfristig nicht gerechnet. Für das Jahr 2025 wird ein Umsatz von 888.4 Mrd. US-Dollar erwartet. Das Segment der E-Zigaretten hat das größte Wachstumspotenzial im Zeitraum 2019 – 2025 (vgl. Statista 2020). Shafey et al. (2009: 50) beschreiben, dass das Bruttoinlandsprodukt (BIP) der Tabakindustrie das 25. höchste der Welt wäre, wenn sie ein Land wäre. Damit wäre ihr BIP höher als das von Ländern wie Norwegen oder Saudi-Arabien.

Weltweiter Tabakgebrauch

Trends im weltweiten Tabakgebrauch sind regional unterschiedlich. So hat beispielsweise zwischen 1980 und 2016 der Tabakkonsum in den WHO-Regionen: Afrika, Östliche Mittelmeerländer, Südostasien und China unterschiedlich stark zugenommen. In der europäischen Region, in der amerikanischen Region und in der west-pazifischen Region dagegen unterschiedlich stark abgenommen (Drope und Schluger 2018: 21).

Um zu beschreiben, wie Krankheiten oder Risiken in einer Bevölkerung verteilt sind, wird in der Epidemiologie die Prävalenz genutzt: „Die Prävalenz ist ein Maß für die zu einer bestimmten Zeit in einer definierten Population vorhandenen Anzahl von Krankheitsfällen.“ (Dreier et al. 2012: 414). Dabei ist zu beachten, dass es in diesem Abschnitt im Gegensatz zu einer Erkrankung um die Prävalenz des Tabakgebrauchs als ein gesundheitsgefährdendes und riskantes Verhalten geht.

Im Folgenden werden Informationen zur weltweiten Prävalenz des Tabakgebrauchs nach einem Bericht des U.S. National Cancer Institute und der WHO aus dem Jahr 2016 dargestellt. Dafür nutzten die Autoren Daten für den WHO-Bericht über Trends des Zigarettenrauchens in 2015. Dieser enthält Prognosen, die bis in das Jahr 2025 reichen (U.S. National Cancer Institute und WHO 2016: 29).

Insgesamt legen die Daten nahe, dass in 2013 21,2% der über 14-jährigen Weltbevölkerung geraucht hat, was einen Rückgang gegenüber 2000 (26,5%) und 2010 (22,1%) impliziert. Getrennt nach Geschlechtern war die Prävalenz bei Männern 35,8% und bei Frauen 6,6% (ebd.).

Trends nach WHO-Regionen und OECD-Ländern für Männer und Frauen

In der Betrachtung werden die sechs WHO-Regionen sowie die Region der OECD-Länder⁷ voneinander abgegrenzt. Wenn nicht anders deklariert, beziehen sich die Angaben auf über 14-Jährige.

Es ist wahrscheinlich, dass, bis auf die afrikanische und die östliche Mittelmeerregion, das Rauchen von Zigaretten bei beiden Geschlechtern bis 2025 abnehmen wird und dies am stärksten in der amerikanischen Region. Wenn nicht sehr starke Gegenmaßnahmen erfolgen, wird bei den Männern der afrikanischen und der östlichen Mittelmeerregion ein

⁷ OECD Länder = Hoheinkommensländer nach der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organization for Economic Co-operation and Development). Das sind: Australien, Österreich, Belgien, Kanada, Chile, Tschechische Republik, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Island, Irland, Israel, Italien, Japan, Luxemburg, die Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Polen, Portugal, Süd-Korea, die Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, das United Kingdom (UK) und Nordirland und die USA. Diese Länder werden in der hier beschriebenen Betrachtungsweise aus ihren Stammregionen ausgeschlossen (U.S. National Cancer Institute und WHO 2016: 27).

Anstieg des Zigarettenrauchens erwartet. Trotz eines mehrheitlichen weltweiten Prävalenzrückgangs wird sich die Gesamtzahl der Raucher von 1,11 Mrd. in 2000 bis ca. 1,15 Mrd. in 2025 nicht wesentlich verändern, was auf die Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen ist. Die Mehrheit der Raucher war 2013 in der west-pazifischen (349 Mio.) und in der südasiatischen Region (228 Mio.) lokalisiert, was insgesamt mehr als die Hälfte aller weltweiten Raucher ausmacht. Der sinkende Trend in den einkommensstarken OECD-Ländern wird sich voraussichtlich bis 2025 weiter fortsetzen.

Bei den Frauen ist zu beobachten, dass sich die Mehrheit der Raucherinnen in den einkommensstarken Ländern befindet. Die in vielen LMIC vorhandenen Normen und Traditionen gegen das weibliche Rauchen könnten sich aber aufweichen und zu einer Zunahme des Rauchens bei Frauen führen (ebd.: 31 – 34).

Tägliches und nicht tägliches Rauchen bei Erwachsenen

83% der Raucher rauchen täglich, was ein Indikator für einen hohen Abhängigkeitsgrad ist. Bei den Männern sind 83,9% tägliche Raucher und bei den Frauen 77,8%. Der proportionale Anteil des täglichen gegenüber dem nicht täglichen Rauchen ist bei den Männern in der östlichen Mittelmeerregion, in der europäischen Region, in der südasiatischen Region und in der west-pazifischen Region höher als in der amerikanischen und afrikanischen Region. Bei den Frauen liegt eine Proportion des täglichen gegenüber dem nicht täglichen Rauchen über 80% nur in der west-pazifischen Region vor. Nur sehr wenige Länder haben einen vergleichsweise höheren Anteil des nicht täglichen Rauchens. Es wurde ermittelt, dass der durchschnittliche Zigarettenkonsum pro Tag zehn Zigaretten umfasst (ebd.: 36 – 42).

Rauchen bei jungen Menschen

Es wird geschätzt, dass in 2010 7% der Jugendlichen im Alter von 13 bis 15 Jahren Zigaretten rauchte, wobei die Prävalenz bei Jungen 9,4% und bei Mädchen 4,5% betrug. Die Prävalenzen waren in der amerikanischen und in der europäischen Region am höchsten. Die niedrigen Prävalenzen in der östlichen Mittelmeerregion und in der südasiatischen Region lassen sich dadurch erklären, dass hier weitere Tabakgebrauchsformen (z. B. Wasserpfeife, Bidi, Kretek) üblich sind, deren Berücksichtigung die Prävalenzen auf 8,2% und 9,1% ansteigen lassen. Eine Besonderheit sind die relativ hohen Prävalenzen für Jungen und Mädchen in den einkommensstarken OECD-Ländern sowie die geringe Differenz zwischen den Geschlechtern. Dies und weitere Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich der Tabakgebrauch zwischen den Geschlechtern in der Zukunft noch mehr angleichen könnte (ebd.: 42 – 45).

Globaler Zigarettenkonsum

Im Jahr 2013 wurden im Gegensatz zu 2000 mit 5,2, weltweit über 5,6 Billionen Zigaretten konsumiert, wobei die höchsten Zahlen des jährlichen Zigarettenkonsums auf die west-pazifische, die einkommensstarke OECD- und die europäische Region fallen. Die Zunahme des weltweiten Zigarettenkonsums hat sich seit dem Inkrafttreten der FCTC im Jahr 2005 verringert. Die Menge der konsumierten Zigaretten ist in der amerikanischen und in der europäischen Region seit 2005 bzw. 2008 zurückgegangen, wohingegen in der afrikanischen Region seit 2008 ein gewisser Zuwachs zu verzeichnen ist. In der östlichen Mittelmeerregion fand zwischen 2000 und 2009 ein Anstieg von 293 auf 377 Mrd. gerauchten Zigaretten statt. Obwohl danach ein Rückgang erfolgte, führen Faktoren wie die Zunahme des illegalen Zigarettenhandels im Zuge der politischen Unruhen und Konflikte und der Wasserpfeifengebrauch zu einer weiterhin hohen Tabakrauchbelastung. Hohe Konsumanstiege vollziehen sich in der südasiatischen und in der west-pazifischen Region. Insgesamt besteht ein Trend zu einer Reduktion des Zigarettenkonsums in HIC und einer Steigerung in allen weiteren Länder-Einkommensgruppen (LMIC; ebd.: 45 – 48).

Globaler Pro-Kopf-Zigaretten-Konsum

Hier wird ein insgesamt weltweiter Rückgang seit 2000 beschrieben, wobei ausschlaggebend die einkommensstarken OECD-Länder sind und auch die amerikanische Region dazu beiträgt. Trotz eines geringen allgemeinen Anstiegs des Zigarettenkonsums in der afrikanischen Region fiel der Pro-Kopf Konsum hier von 379 Zigaretten pro Person in 2000 auf 255 Zigaretten pro Person in 2013. In der europäischen und der west-pazifischen Region stieg der Pro-Kopf-Konsum dagegen zwischen 2000 und 2013 stark an (ebd.: 48 – 51).

Gebrauch von rauchlosen Tabakprodukten

Vorab ist anzumerken, dass Daten zum rauchlosen Tabak fehler- oder mangelhaft sein können, weil in diesem Bereich oftmals adäquate Überwachungssysteme fehlen, nicht zuletzt in den Ländern, wo eine hohe diesbezügliche Prävalenz gegeben ist. Die Zahl der weltweiten erwachsenen Nutzer von rauchlosen Tabakprodukten wird auf mindestens 346 Mio. geschätzt, wobei hier die südasiatische Region dominiert und Indien das Land mit den meisten Nutzern ist, gefolgt von Bangladesch. Es ist möglich, dass die Tabakindustrie vermehrt rauchlose Tabakprodukte auf den Markt bringt. Beispielsweise wurde in den USA ein Anstieg des Verkaufs von feuchtem Schnupftabak um 65,6% zwischen 2005 und 2011 festgestellt.

Die Prävalenz von rauchlosem Tabakgebrauch bei jungen Menschen wird auf 3,6% in 2010 geschätzt, was 12,8 Mio. Jugendlichen entspricht (8,6 Mio Jungen und 4,2 Mio. Mädchen). Die südasiatische Region ist mit der höchsten gesamten Prävalenz des rauchlosen Tabakgebrauchs bei jungen Menschen sowie der höchsten Prävalenz des rauchlosen Tabakgebrauchs bei den Jungen und Mädchen führend.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Prävalenz des Gebrauchs von rauchlosen Tabakprodukten besonders bei jungen Menschen in Niedrig- und niedrigen Mittteleinkommensländern höher als in Hoch- und höheren Mittteleinkommensländern ist und dagegen die Prävalenz des Zigarettenrauchens höher in Hocheinkommens- und höheren Mittteleinkommensländern als in niedrigen Mittteleinkommensländern und Niedrigeinkommensländern ist (ebd.: 51 – 55).

Andere Tabakprodukte

Globalisierungsprozesse, Migration und Tabakkontrolle bedingen das Erscheinen und die Verbreitung neuer Tabakprodukte, die möglicherweise bedeutende und negative Public-Health-Effekte haben können, gerade auch für junge Menschen. Als Beispiel werden die elektronischen Nikotinabgabesysteme genannt, die weltweit vermarktet werden und in 2014 in den USA eine Prävalenz von 12,6% erreichten (jemals genutzt; ebd.: 55 – 56).

Passivrauchexposition

Das Bewusstsein über die Risiken der Passivrauchexposition ist in Niedrigeinkommensländern oder in Gruppen mit geringem Bildungsstand generell niedriger, als in anderen Settings. Trotz Rauchverboten, die sich aus Artikel 8 der FCTC ergeben, ist Passivrauchexposition immernoch an vielen Arbeits- und öffentlichen Plätzen sowie im privaten Raum vorhanden. Aus Daten, die für den hier zitierten Bericht des U. S. National Cancer Institute und der WHO aus dem Jahr 2016 verwendet wurden, geht hervor, dass Männer am Arbeitsplatz eher einer Passivrauchexposition ausgesetzt sind als Frauen, dass die Passivrauchexposition im privaten Raum oftmals zwischen Männern und Frauen gleich ist und dass das größte Risiko für Frauen eher zu Hause, als bei der Arbeit besteht. 116 Mio. junge Menschen berichteten von Passivrauchexposition zu Hause und 173 Mio. von Passivrauchexposition außerhalb der Wohnung (ebd.: 56 – 59).

Weltweite tabakbedingte Morbidität und Mortalität

Um das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in Bevölkerungen zu erfassen, werden in Public Health Sterblichkeitsmaße (Mortalität) und Krankheitsmaße (Morbidität) verwendet (Schwartz et al. 2012: 44 – 45).

Die vollständigste weltweite epidemiologische Studie ist die „Global Burden of Disease (GBD) Study“, welche Anfang der 1990er Jahre von der Weltbank in Auftrag gegeben wurde. Dadurch wurde erstmals ein umfassender Bericht zur Gesundheit der Weltbevölkerung erstellt. Sie wurde in der Folge an die WHO angegliedert und umfasst heute ein Konsortium von fast 5.500 Wissenschaftlern, die in einem Projekt des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) organisiert sind. Aktualisierungen der GBD-Studie fanden in den Jahren 2010, 2013, 2015 und 2017 statt, wobei die Methoden kontinuierlich verbessert und erweitert wurden. Für die GBD-Studie 2015 wurde mit dem „Socio-demographic Index“ (SDI) ein eigenes Maß für den Entwicklungsstand eines Landes gebildet, zusammengesetzt aus durchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen, Bildungsstand und der Fertilitätsrate. Die GBD-Studien beschreiben die globale, nationale und regionale Mortalität und Morbidität durch Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren. Dadurch werden weltweite Vergleiche ermöglicht und die Gesundheitsprobleme, inklusive solcher, die übersehen werden können oder die nicht erwartet werden, können gemessen und somit sichtbar werden. Durch die Quantifizierung der Auswirkungen von Krankheiten und Verletzungen wird zudem dazu beigetragen, knappe gesellschaftliche Ressourcen rational verteilen zu können (vgl. The Lancet 2020; IHME 2020; Plaß und Zeeb 2014). Die GBD-Studien sind dem Ziel, jedem Menschen ein Leben in Gesundheit zu ermöglichen, verpflichtet und sollen insbesondere der Politik ein Hilfsmittel zur Seite stellen, um adäquate Entscheidungen im Gesundheitsbereich treffen zu können (vgl. IHME 2020a).

Die globale Lebenserwartung bei Geburt und die Kindersterblichkeit, insbesondere der Kinder unter fünf Jahren gelten als zentrale Indikatoren für die Gesundheit von Bevölkerungen. In beiden Bereichen haben sich die absoluten Zahlen seit etwa 1970 wesentlich verbessert, wohingegen sich eine regional ungleiche Verteilung abzeichnete und sich somit relative Ungleichheiten zwischen HIC und LMIC verstärkt haben. Bei der weltweiten Erhebung von gesundheitsbezogenen Daten ist auch die Datenverfügbarkeit ungleich verteilt und oftmals in HIC höher als in LMIC. Ein gravierendes Problem sind unvollständige oder nicht vorhandene Todesursachenstatistiken in vielen LMIC, wo wahrscheinlich insgesamt gesehen die meisten Sterbefälle auftreten. Um die hier entstehenden Datenlücken zu schließen, können stichprobenbasierte Registersysteme zur Anwendung kommen, bei denen aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe auf die Gesamtbevölkerung extrapoliert wird. Auch die verbale Autopsie, eine Befragung von Angehörigen der Verstorbenen ist eine Möglichkeit, der Datenknappheit entgegenzutreten. Im Rahmen der GBD-Studien wurden Methoden ent- und weiterentwickelt, um Datenlücken zu schließen. Dabei wird über die Verknüpfung von vorhandenen Daten eine

Schätzung der fehlenden Daten über statistische Modellierungen vorgenommen. Zur Abschätzung der globalen Krankheitslast werden Summenmaße (engl. Summary Measures of Population Health, SMPH) eingesetzt, die aus umfangreichen Informationen zur Mortalität und Morbidität bestehen. Hierbei ist es wesentlich, objektiv klinisch-biologische Parameter mit der subjektiv empfundenen Lebensqualität zu verbinden. Ein vielfach eingesetztes Summenmaß sind die sog. „DALY“ (engl. Disability Adjusted Life Years), welche die gesunden Jahre messen, die aufgrund von Verletzungen und Krankheiten verloren gegangen sind (engl. health gaps). Sie berechnen sich aus den „Years of life lived with Disability“ (YLD), also den in eingeschränkter Gesundheit verlebten Jahren und den „Years of life lost due to premature mortality“ (YLL), die das vorzeitige Versterben quantifizieren. In der GBD-Studie 2010 nahm Rauchen den dritten Platz der Risikofaktoren ein, denen weltweit die höchste Krankheitslast zugeschrieben werden kann (Plaß und Zeeb 2014: 31 – 44).

In einer GBD-Studie zur vergleichenden Risikobewertung in 2017 wurden umfangreiche Daten zur aktuellen und erwarteten Risikoexposition, den Risiken zuschreibbaren Todesfällen sowie DALY aktualisiert sowie der Zusammenhang zwischen Entwicklung und Risikoexposition durch den SDI-Index untersucht. Zudem wurden verändernde Einflüsse (Bevölkerungswachstum, Veränderung der Altersstruktur, Veränderung der Exposition gegenüber Umwelt- und Beschäftigungsrisiken, Veränderung der Exposition gegenüber verhaltensbezogenen Risiken, Veränderung der Exposition gegenüber metabolischen Risiken, Veränderung aller weiteren Faktoren) berücksichtigt. Allgemeine Ergebnisse sind, dass in 2017 34,1 Mio. Todesfälle und 1,21 Mrd. DALYs den GBD-Risikofaktoren zugeschrieben werden konnten. Bei den den Risiken zuschreibbaren DALYs standen der systolische Blutdruck an erster und das Rauchen an zweiter Stelle. Darauf folgten hoher Blutzucker, hoher Body-Mass-Index (BMI) und verkürzte Schwangerschaft (Risiko für das Geburtsgewicht). In vielen Weltregionen war 2017 ein hoher systolischer Blutdruck der führende Risikofaktor für altersstandardisierte DALYs, in der Hocheinkommensregion dagegen das Rauchen, in Lateinamerika und der Karibik ein hoher BMI und in Subsahara Afrika (SSA) ungeschützter Geschlechtsverkehr (GBD 2017 Risk Factor Collaborators 2018: 1923 – 1924).

Rauchen verursachte in 2017 7,10 Mio. Todesfälle, was 12,7% aller weltweiten Todesfälle entsprach. Der Beitrag zu den DALYs war 182 Mio. mit einem Anteil von 7,31% an allen DALYs weltweit. Es wurde ermittelt, dass trotz eines Rückgangs der dem Rauchen zuschreibbaren und altersstandardisierten Mortalität zwischen 1990 und 2017 die absoluten, dem Rauchen zuschreibbaren Todesfälle um 24,9% zunahmen. Weiterhin wurde

festgestellt, dass die rauchbedingten Todesfälle bei den Männern in Ländern mit eher hohem SDI (56) höher waren als in Ländern mit niedrigem SDI und dass einem Rückgang von rauchbedingten Todesfällen in Ländern mit hohem SDI, ein Zuwachs in Ländern mit eher niedrigem SDI gegenüberstand. Dagegen nimmt Rauchen einen höheren Platz unter den Risikofaktoren bei den Männern als bei den Frauen ein. Die Krankheiten, die 2017 die höchsten rauchbedingten Todesfallzahlen auslösten, waren ischämische Herzkrankheit, COPD, verschiedene Krebsarten (tracheal, bronchial, Lunge) und Schlaganfall. Rauchen wird neben hohem BMI, Alkoholgebrauch und hohem LDL Cholesterin zu den Risiken gezählt, die mit zunehmender Entwicklung, hier ausgedrückt durch den SDI-Index, ansteigen. Andererseits weisen sogenannte „Observed-over-expected“-Kennzahlen (dt. beobachtet gegenüber erwartet) darauf hin, dass der erwartete starke Anstieg des Rauchens mit zunehmendem Entwicklungsstand eines Landes nicht ganz realisiert wurde und hier somit wahrscheinlich Erfolge der Tabakkontrollpolitik ausschlaggebend sind (ebd.: 1971 – 1976).

Die folgende Grafik zeigt die Bedeutung des Rauchens als Risikofaktor für vorzeitiges Sterben im Rahmen weiterer weltweiter Risikofaktoren in 2017:

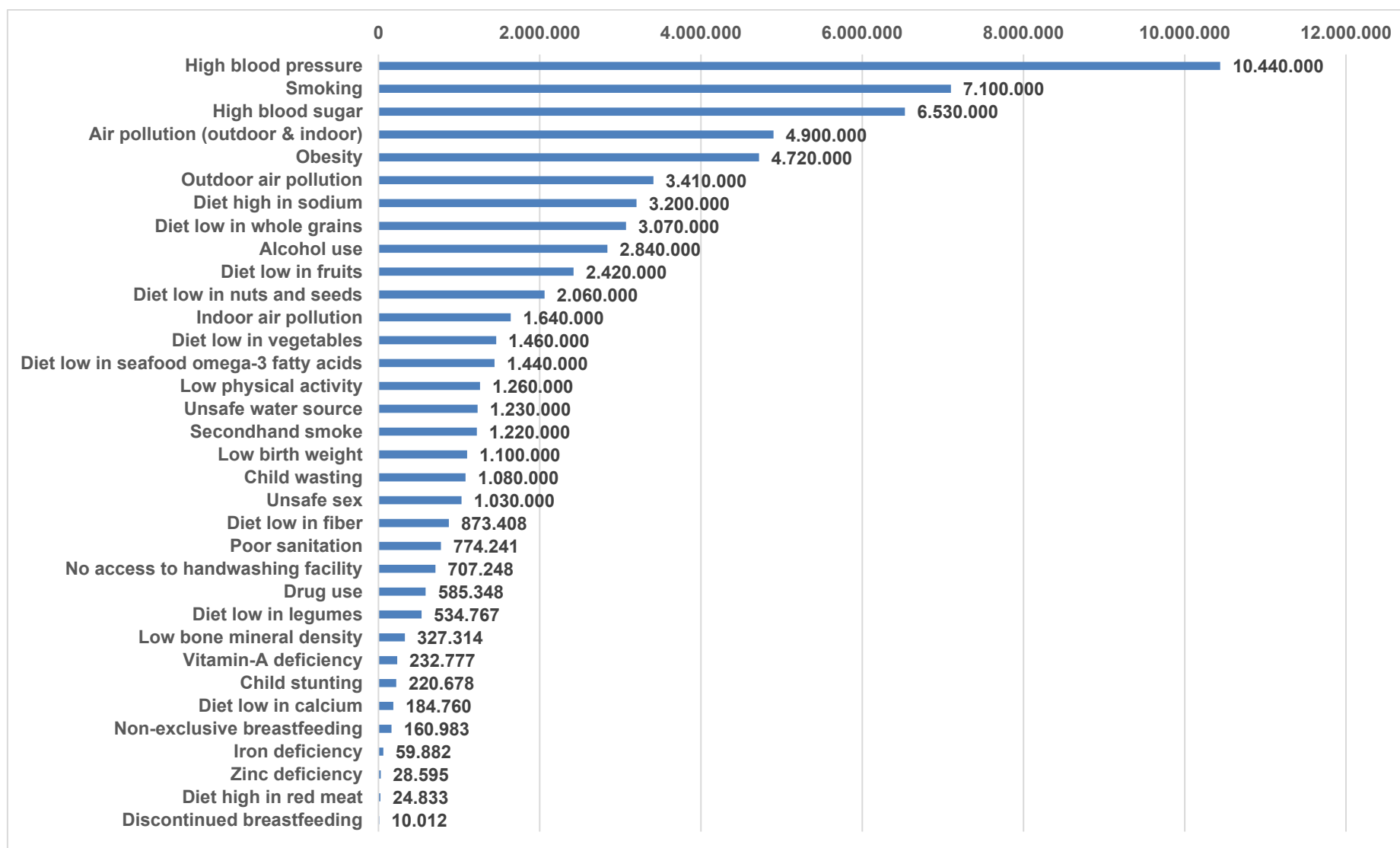


Abb. IV: Zahl der weltweiten Todesfälle nach Risikofaktoren, 2017 (aus Ritchie und Roser 2013)

Das Stadienmodell zur Beschreibung der Tabakepidemie

Lopez et al. (1994) veröffentlichten ein Modell zur Beschreibung der Tabakepidemie, indem sie Daten zur Prävalenz des Rauchens, zum Zigarettenkonsum und zur rauchbedingten Mortalität aus westlichen Industrienationen analysierten. Sie beschreiben, dass Daten zur Prävalenz wichtige Informationen zu gesellschaftlichen Sub-Gruppen enthalten, dass sie aber unter Umständen schwer verfügbar sein können, weil ihnen breite populationsbezogene Umfragen über lange Zeiträume vorausgehen. Dagegen können Informationen zum Konsum aus tabakbezogenen Verkaufszahlen abgeleitet werden, haben aber den Nachteil, dass Schwankungen durch Preise und Einkommen darin enthalten sind, da Raucher ihren Konsum dem verfügbaren Einkommen und der Finanzierbarkeit nach anpassen. Zur Abschätzung der tabakbedingten Mortalität orientierte man sich an den Sterbefällen durch Lungenkrebs, die in der Regel mit einer Verzögerung von 30 bis 40 Jahren nach dem ihnen zugrundeliegenden Höhepunkt in der Rauchprävalenz auftreten. Dem Modell zufolge breitet sich die Tabakepidemie in einem Land über vier Stadien aus, wobei sie bei Männern und Frauen unterschiedliche Charakteristika aufweist.

Es ist zu beachten, dass das Modell auf Daten aus HIC basiert und seine Entwicklung schon einige Jahre zurückliegt. Dennoch erhält es aus Sicht der Autorin Erkenntnisse und Tendenzen, die für die Betrachtung der Tabakepidemie in unterschiedlichen Ländern und Regionen auch heute noch relevant und hilfreich sein bzw. bestimmte Hinweise geben können. Z. B. geht daraus hervor, dass das Wissen über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens und Tabakkontrollinterventionen einen deutlichen Effekt auf die Prävalenz des Rauchens haben.

Erstes Stadium der Tabakepidemie

Zu Beginn der Tabakepidemie liegt eine niedrige Rauchprävalenz bei den Männern von unter 15% vor und bei den Frauen von ca. 5 bis 10%, was vor allem auf soziokulturelle Faktoren zurückzuführen ist. Der Pro-Kopf-Konsum von Zigaretten liegt bei unter 500 (mehrheitlich durch die Männer konsumiert) und Tod und Krankheit in Folge des Rauchens treten noch nicht deutlich hervor. Diese Phase beläuft sich auf etwa zehn oder 20 Jahre, in denen sich das Rauchen langsam verbreitet und an deren Ende die männliche Rauchprävalenz stark ansteigt und bereits einige wenige Todesfälle bei den Männern in Folge des Rauchens auftreten. Die Phase ist weiterhin durch fehlende oder mangelhafte Tabakkontrolle und eine geringe Verbreitung von Lungenkrebs charakterisiert.

Zweites Stadium der Tabakepidemie

Die Rauchprävalenz bei den Männern steigt hier stark an und erreicht Werte von bis zu 50 bis 80%. Bei den Frauen ist die Prävalenz niedriger, aber stark ansteigend. Eine geringfügig höhere Prävalenz in der gesellschaftlichen Oberschicht im Gegensatz zu anderen „Klassen“ ist möglich. Es werden pro Kopf und Jahr 1000 bis 3000 Zigaretten konsumiert, mehrheitlich durch die Männer. In dieser Gruppe liegt der Jahreskonsum vermutlich zwischen 2000 bis 4000 Zigaretten. Die Phase beläuft sich auf 20 bis 30 Jahre, in denen Tabakkontrollaktivitäten weiterhin mangelhaft sind und wenig öffentliche Unterstützung erhalten. Die Risiken des Tabakgebrauchs sind hier in weiten Teilen der Bevölkerung wahrscheinlich unbekannt. Etwa 10% der Todesfälle bei den Männern sind am Ende dieses Stadiums tabakbedingt, weniger bei den Frauen, und die Lungenkrebsraten bei den Männern sind von 5/100.000 auf 50/100.000 zehnfach angestiegen, auch hier geringer bei den Frauen.

Drittes Stadium der Tabakepidemie

In diesem Stadium beginnt die Rauchprävalenz bei den Männern bis etwa 40% abzusinken und bei den Frauen wird eine maximale Prävalenz von 35 bis 45% erreicht, wonach sie wieder absinkt. Das Abfallen der Prävalenz ist besonders stark bei hohem Bildungsstand. Pro Kopf und Jahr werden bei den Männern wahrscheinlich etwa 3000 bis 4000 und bei den Frauen 1000 bis 2000 Zigaretten konsumiert. Bei den Männern erreicht der Konsum gegen Ende des Stadiums die unteren Werte. Die Phase beläuft sich auf etwa 30 Jahre, die durch einen starken Anstieg der rauchbedingten Mortalität bei den Männern (von 10% auf 25 – 30% aller Todesfälle) charakterisiert sind. Bei den Frauen beschränkt sich die tabakbedingte Mortalität auf 5% aller Todesfälle, ist aber steigend. Tabakkontrolle hat in diesem Stadium eingesetzt und Rauchen wird von einem sozial akzeptierten zu einem sozial ungewöhnlichen Verhalten.

Viertes Stadium der Tabakepidemie

Die Rauchprävalenzen für Männer und Frauen beginnen hier, langsam zu sinken und erreichen etwa 30% bei den Frauen und etwa 33 bis 35% bei den Männern. Bei der Mortalität der Männer wird zu Beginn des Stadiums ein Höhepunkt erreicht, wonach ein Rückgang stattfindet, der etwa 30% aller Todesfälle erreicht und dann weiter absinkt. Bei den Frauen machen sich jetzt die vorherigen Anstiege des Rauchens bemerkbar und rauchbedingte Todesfälle steigen an. Allerdings ist der proportionale Anteil geringer als bei den Männern. Der Höhepunkt der Mortalität ist bei den Frauen bei etwa 20 bis 25% erreicht, wonach eine Abnahme stattfindet. Tabakkontrolle hat in dieser Phase eine we-

sentliche Bedeutung und soll insbesondere abhängige Raucher adressieren, die aufgabewillig, aber nicht –fähig sind. Zu verzeichnen ist zudem, dass soziale Differenzen beim Tabakgebrauch weiter anhalten und sich sogar verstärken können.

Aus diesem Modell lässt sich schlussfolgern, dass zwischen dem Anstieg der Rauchprävalenz in einer Bevölkerung und der dadurch bedingten Mortalität in der Regel eine Zeit von 30 bis 40 Jahren liegt, die auch als „Latenzzeit tabakverursachter chronischer Erkrankungen“ (Weishaar und Mons 2014: 220) beschrieben werden kann. Zeitpunkt, Dauer und Ausmaß der Tabakepidemie können von Land zu Land stark schwanken und viele Entwicklungsländer, die sich im ersten Stadium der Tabakepidemie befinden (vor allem in SSA), haben die Chance, die schlimmsten Folgen durch präventive Maßnahmen zu verhindern. Aber auch Länder in den Stadien II (China, Japan, Länder in Asien, Lateinamerika und Nordafrika) und III (Ost- und Südeuropa) haben demnach die Möglichkeit, die Tabakepidemie aufzuhalten (vgl. Lopez et al. 1994).

Thun et al. (2012) untersuchen die Relevanz des Stadienmodells für Entwicklungsländer. Sie erklären, dass zur Zeit der Modellentwicklung Daten zur Prävalenz des Rauchens und der diesbezüglichen Mortalität in Entwicklungsländern noch nicht vorlagen. Für ihre Analyse nutzten sie Daten des „Global Adult Tobacco Survey“ (GATS) und des „Global Youth Tobacco Survey“ (GYTS). Der Fokus ihrer Ergebnisse liegt darauf, dass die Rauch-Prävalenz bei Frauen und die damit verbundene Mortalität in entwickelten- und in Entwicklungsländern sehr unterschiedlich sind. Demnach ist der Rückgang des Rauchens in vielen entwickelten Ländern langsamer bei den Frauen als bei den Männern, in einigen Ländern steigt das Rauchen bei den Frauen stark an (z. B. Niederlande), in vielen ist eine Angleichung zu verzeichnen und in wenigen Ländern haben die Frauen die Männer beim Rauchen inzwischen überholt (z. B. Dänemark, Schweden). Dagegen liegt die Prävalenz des weiblichen Rauchens z. B. in Bangladesch, China, Ägypten, Indien, Thailand und Vietnam unter 4%. Aus diesem Grund empfehlen die Autoren, die Betrachtung der Stadien der Tabakepidemie noch stärker nach Geschlecht zu trennen, um somit präzisere Aussagen über Entwicklungsländer treffen zu können.

Tabak und LMIC

Laut WHO ist die Tabakepidemie eine der weltweit stärksten Bedrohungen für Public Health und belastet vor allem Bevölkerungen in LMIC, wo über 80% der weltweiten 1,3 Mrd. Raucher leben (vgl. WHO 2019). Der Trend geht dahin, dass die Anzahl der Raucher in LMIC zu- und in HIC abnimmt. Es wurde geschätzt, dass 88 Mio. Raucher in Niedrigeinkommensländern (8%), 318 Mio. in den niedrigeren Mitteleinkommensländern (29%) und 455 Mio. in den höheren Mitteleinkommensländern (41%) leben und somit

weniger als ein Viertel der Raucher in HIC zu finden sind. Man geht davon aus, dass weltweit ca. 226 Mio. Raucher in Armut leben (U.S. National Cancer Institute und WHO 2016: 571).

Diese auf globaler Ebene sichtbare Konzentration der Raucher in Regionen der LMIC stellt einen Aspekt von tabakbedingter gesundheitlicher Ungleichheit dar. Diese besteht zwischen, aber auch innerhalb von Ländern und Regionen. So wurde für viele HIC ermittelt, dass Tabakgebrauch, Tabakrauchexposition, tabakbedingte Erkrankungen und tabakbedingte frühzeitige Mortalität vor allem in Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (engl. Socio-economic status, SES) verbreitet sind. Im Gegensatz zu dem allgemein sinkenden Trend des Tabakgebrauchs in HIC tritt Tabakgebrauch hier gehäuft weiterhin auf. Neben den SES kann sich die Ungleichheit auch auf Faktoren wie Geschlecht, Ethnizität, Armutsniveau einer Wohngegend oder auf eine geografische Region beziehen. In LMIC wurden ähnliche Verhältnisse festgestellt, wobei der Trend bei den Frauen in einigen Ländern umgekehrt war und reiche Frauen eher rauchten als arme (ebd.: 59 – 60). Die Tabakepidemie verbreitet sich aber insgesamt verstärkt unter armen Bevölkerungen in allen Ländern und in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, was als höchst besorgniserregend eingestuft werden muss. Als Gründe kommen vermutlich ein fehlendes Bewusstsein über die schädliche Wirkung des Tabakgebrauchs; die Belastung, die mit einem Leben in Armut einhergeht und eine Form der Selbstbelohnung, die unter diesen Lebensbedingungen äußerst knapp ist, in Frage. Aus HIC weiß man, dass Bevölkerungsgruppen mit niedrigem SES einer hohen Passivrauchexposition und verstärkten Marketingaktivitäten der Tabakindustrie ausgesetzt sind und einen geringen Zugang zu Entwöhnungsangeboten haben. Das bedeutet, dass durch Rauchen vor allem diejenigen Individuen und Bevölkerungsanteile belastet werden, die die geringsten Möglichkeiten haben, ihren Zustand zu bewältigen oder zu verändern. In diesem Zusammenhang spielt auch das Verhältnis zwischen Einkommen und Tabakgebrauch eine Rolle. Hier ist die Einkommenselastizität ausschlaggebend, die das Verhältnis zwischen einer Veränderung des Einkommens und einer Veränderung des Tabakkonsums beschreibt. Eine positive Einkommenselastizität liegt vor, wenn Arme weniger als Reiche konsumieren. Bei einer negativen Einkommenselastizität konsumieren Arme mehr als Reiche. Bei einer positiven Einkommenselastizität über eins steigt die Nachfrage mit dem Einkommen (Luxusgüter). Hier kann sich allerdings auch ein Wechsel zu höherpreisigen Produkten oder Marken vollziehen. Laut Prognosen steigt der Tabakkonsum mit steigendem BIP exponentiell an, wobei ein höheres Einkommen auch mit einem stärkeren Gesundheitsbewusstsein einhergeht, was diesen Effekt schmälern könnte. Dennoch weisen Studienergebnisse darauf hin, dass in Ländern, in denen Entwicklungseffekte steigende

Einkommen nach sich ziehen, der Tabakgebrauch daraufhin überproportional ansteigt und dies besonders in den ärmsten Bevölkerungsgruppen (z. B. Marokko, Indonesien, Ägypten; ebd.: 570 – 575). Wie zwischen Armut und Gesundheit, besteht auch zwischen Armut und Tabak ein enger Zusammenhang (vgl. WHO 2017; U.S. National Cancer Institute und WHO 2016; Von Eichborn und Abshagen 2015; Graen 2014; WHO 2004). Dabei wird Armut als materielle Entbehrung bezeichnet, bei der die Grundbedürfnisse zum Leben (Essen, Wasser, Kleidung) nicht erfüllt werden können. Bei der primären Armut reichen die Ressourcen nicht aus, um diese Güter zu erwerben. Bei der sekundären Armut werden knappe vorhandene Ressourcen nicht effektiv genutzt. Das passiert u. a. auch dann, wenn knappes Haushaltsgeld für Tabak, anstatt für lebensnotwendige Güter ausgegeben wird (U.S. National Cancer Institute und WHO 2016: 576 – 577).

Im Folgenden werden verschiedene Auswirkungen und Wechselwirkungen des Tabakgebrauchs in LMIC beschrieben. Dabei ist zu beachten, dass diese untereinander in Verbindung stehen und in der Praxis nicht isoliert voneinander zu betrachten sind.

Haushaltsausgaben für Tabak

Bei sekundärer Armut spielt Tabak oftmals eine wesentliche Rolle dafür, dass Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden können. Man spricht von einem „Kreislauf der Armut“, wenn Ausgaben für Tabak dazu führen, dass immer weniger Geld für Ernährung, Kleidung, Bildung, Unterkunft und Gesundheit ausgegeben wird, sich in Folge ein bereits bestehender Mangelzustand verstärkt und daraufhin ein weiteres Absinken des Lebensstandards erfolgt. Die Opportunitätskosten sind in diesem Fall durch die Menge der Güter definiert, die einem Haushalt durch den Erwerb von Tabakprodukten entgehen. Der Einkommensanteil, der für Tabak ausgegeben wird, ist in armen Haushalten deutlich höher, als in reichen. Z. B. wurde ermittelt, dass Raucherhaushalte in Indonesien im Jahr 2005 etwa ebenso viel Geld für Tabakwaren, wie für Fisch, Fleisch, Milch und Eier zusammen ausgaben. Ausgaben für Tabak können hier den Unterschied zwischen einer ausreichenden und einer mangelhaften Ernährung ausmachen. Eine andere Studie zeigte, dass in Indonesien Haushalte mit Rauchern mehr Geld für Tabak, als für Nahrung, Gesundheit und Bildung ausgaben. Wenn Männer in einem Haushalt tabakabhängig sind, sind Frauen und Kinder oftmals die Leidtragenden und haben beispielsweise im Fall von Krankheit einen geringen Zugang zu medizinischer Hilfe (vgl. WHO 2017; U.S. National Cancer Institute und WHO 2016; Von Eichborn und Abshagen 2015; Graen 2014; WHO 2004).

Krankheit und Tod von Familienmitgliedern

Durch tabakbedingte Krankheitslast und Mortalität in Folge hoher Raucherzahlen und eine schlechter ausgebaute medizinische Infrastruktur sind LMIC im Bereich Tabak stärker belastet als HIC. LMIC sind zudem einer Doppelbelastung ausgesetzt, weil Infektionskrankheiten verbreitet sind und daneben u. a. tabakbedingte nicht übertragbare Krankheiten zunehmen. Aufgrund der stärkeren Verbreitung der Infektionskrankheiten bieten sich zahlreiche Interaktionsmöglichkeiten mit dem Tabakgebrauch, was zu der erhöhten Krankheitslast beiträgt. Mit dem Rauchen sind oftmals lange Zeiten in Krankheit verbunden, wodurch Angehörigen und Familien wichtiges und knappes Einkommen verloren geht, besonders, wenn es sich bei dem Erkrankten um den Hauptverdiener handelt. Die Behandlung von tabakbedingt Erkrankten kann für arme Familien den finanziellen Ruin bedeuten, da eine umfassende Krankenversicherung in vielen Ländern nicht vorhanden ist. In einer Studie aus China aus dem Jahr 1998 wurde gezeigt, dass medizinische Ausgaben im Zusammenhang mit Tabakgebrauch und direkte Ausgaben für Tabak 30,5 Mio. Menschen im städtischen und 23,7 Mio. im ländlichen Raum in die Armut trieben (vgl. U.S. National Cancer Institute und WHO 2016; Graen 2014; WHO 2004).

Die folgende Abbildung zeigt den „Teufelskreis von Tabak und Armut“. Hier wird das Beispiel aufgezeigt, in dem der Hauptverdiener eines Haushalts Tabak konsumiert und dadurch weniger Geld für Bildung, Ernährung u. ä. ausgibt. Hier entsteht das erste Stadium von wesentlich entgangenem Haushaltseinkommen durch Tabakgebrauch. Der Hauptverdiener wird krank und dem Haushalt entgeht weiteres wichtiges Einkommen durch Ausgaben für medizinische Behandlung und eine gesunkene Arbeitsproduktivität. Im dritten Stadium entgeht dem Haushalt Einkommen durch vorzeitiges Sterben des Hauptverdieners. Daraufhin verfällt der Haushalt in Armut. Bei Erholung des Haushalts und steigendem Einkommen wird wieder Geld für Tabak ausgegeben und der Kreislauf beginnt von vorne.

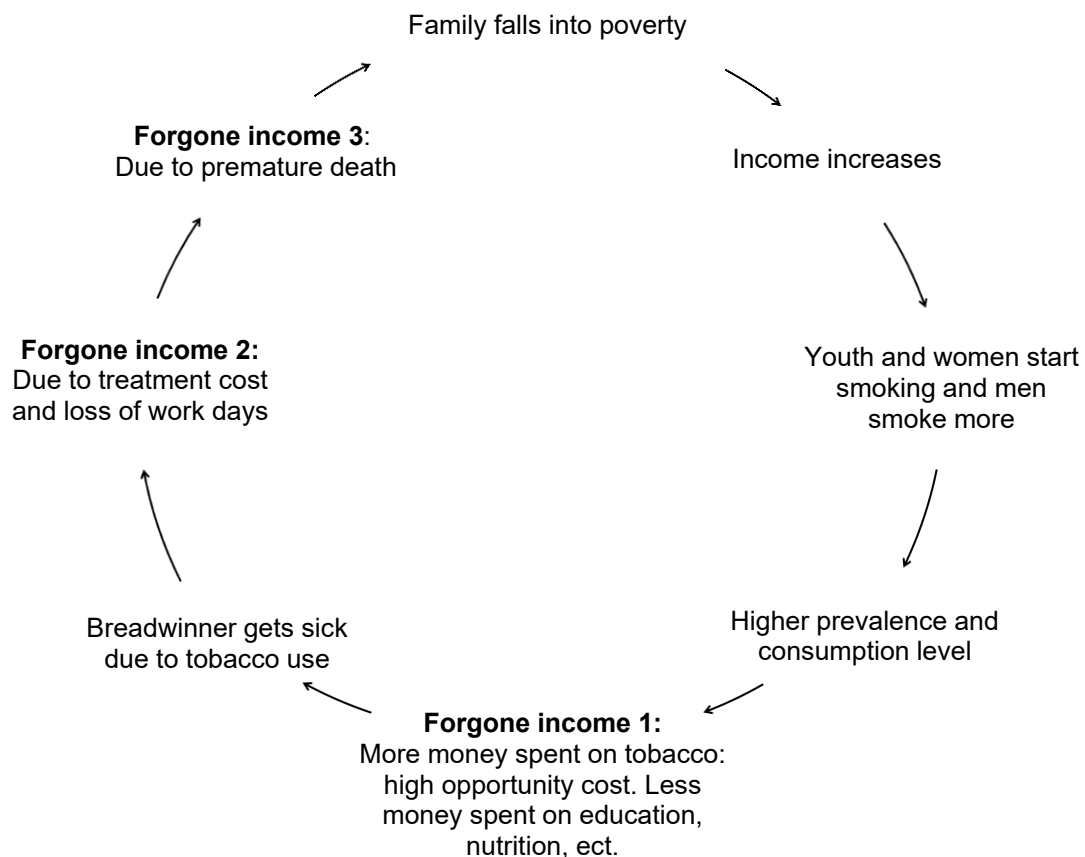


Abb. V: Teufelskreis von Tabak und Armut (nach U.S. National Cancer Institute und WHO 2016: 578)

Ernährungssicherheit

Über 90% des weltweiten Rohtabaks werden in Ländern des globalen Südens angebaut, vor allem in Südostasien. Oftmals verdrängt der Tabakanbau die Nahrungsmittelproduktion und führt somit zu Ernährungsunsicherheit. Durch eine alternative Flächennutzung für den Anbau von Nahrungsmitteln könnte man fast 20 Mio. Menschen ernähren. Deshalb bedroht der Tabakanbau die Ernährungssicherheit und dies besonders in Ländern, in denen gravierende Ernährungsunsicherheiten bestehen. Laut Welternährungsorganisation (Food and Agriculture Organization, FAO, 2014) haben sechs der am meisten Tabak produzierenden Länder einen signifikanten Bevölkerungsanteil, der unterernährt ist (13% in China, 23% in Malawi, 36% in Simbabwe). In Malawi sind viele Kinder auf Tabakfarmen in den ersten drei Jahren stark unterernährt, was zu Unterentwicklung und irreversiblen Schäden, wie geringe Körpergröße und Schäden des Gehirns führen kann (vgl. WHO 2017; Graen 2014).

Geschlechtergerechtigkeit

Über 80% der weltweiten Raucherinnen lebt in LMIC. Oftmals ist hier das Rauchen bei armen Frauen wahrscheinlicher als bei reichen (vgl. WHO 2017; Von Eichborn und Abshagen 2015). Dazu kommt, dass erwogen wurde, dass der Zusammenhang zwischen Tabakgebrauch und Armut bei Frauen möglicherweise stärker ist, als bei Männern (U.S. National Cancer Institute und WHO 2016: 571). In Südostasien ist rauchloser Tabakgebrauch unter Frauen üblich. In einer Studie mit 59.527 35-jährigen und älteren indischen Frauen der niedrigeren Mittelklasse sowie der Unterklasse fand man heraus, dass 57,5% Tabak und 99,6% rauchlosen Tabak nutzten (vgl. WHO 2017; Prakash und Sreevidya 2004). Für die Tabakindustrie stellen Frauen in LMIC eine bedeutende Zielgruppe für Marketingaktivitäten dar, da aufgrund der niedrigen Prävalenz hier Steigerungsmöglichkeiten für den Tabakgebrauch bestehen. Über Werbebotschaften, in denen das Rauchen mit Attraktivität, „Empowerment“, Unabhängigkeit und Erfolg verknüpft wird, tragen sie zu einer Veränderung der sozialen Akzeptanz des Rauchens bei Frauen bei. In ärmeren Haushalten, die von Tabakgebrauch betroffen sind, werden Frauen oftmals in vielfältiger Weise benachteiligt. Sie und ihre Kinder sind beengten und überfüllten Wohnräumen ausgesetzt, in denen sie sich der Passivrauchbelastung kaum entziehen können, was auf ungleiche Machtverhältnisse hindeutet. So ist weltweit ein überproportional hoher Anteil von vorzeitiger Mortalität durch Passivrauchen bei Frauen im Gegensatz zu Männern zu verzeichnen. In diesen Haushalten werden die Ausgaben für die Belange von Frauen und Kindern, wie z. B. medizinische Versorgung, tabakbedingt eingeschränkt. Gleichzeitig fällt die Versorgung der tabakbedingt erkrankten Familienmitglieder in das Aufgabenfeld der Frauen, und sie sind es auch, die nach einem vorzeitigen Sterbefall das Überleben der Familie sichern müssen. In Tabakanbau und –produktion führen Frauen oftmals neben zu erledigenden Haushaltsaufgaben wesentliche Tätigkeiten, wie Feldarbeit, Trocknen und Verarbeitung des Rohtabaks aus, wohingegen das Einkommen zumeist an die männlichen Haushaltsmitglieder geht, die die Verträge mit den Tabakfirmen abschließen (vgl. WHO 2017; Von Eichborn und Abshagen 2015).

Tabakanbau und –produktion

Graen (2014: 18ff.) beschreibt, dass Tabakanbau von wirtschaftlicher Ausbeutung und Menschenrechtsverletzungen geprägt ist. Z. B. wird von Kinderarbeit im Tabakanbau und in der Bidi-Produktion berichtet. Das vorherrschende Vertragssystem beim Tabakanbau wird als ungerecht und ausbeutend beschrieben, indem Rohtabak- und Zigarettenfirmen die Bauern vorzeitig zum Verkauf verpflichtet, die Preise bestimmen und diese so niedrig sind, dass ein Leben vom Tabakanbau kaum möglich ist. Zudem haben

Tabakanbau und –produktion nachteilige gesundheitliche Effekte, wie bspw. Pestizidvergiftungen aufgrund fehlender Schutzausrüstung, verbunden mit Symptomen wie Störungen des Nervensystems, Angst, Depressionen und Suizidtendenzen. Bei der „Green Tobacco Sickness“ (GTS) wird in Wasser gelöstes Nikotin über die Haut aufgenommen und löst Vergiftungen aus, die sich durch Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen und Muskelschwäche äußern. Durch Einatmen von Tabakschimmelsporen und Tabakstaub können Atemwegserkrankungen auftreten, besonders, wenn Tabak in Schlaf- oder Wohnzimmern getrocknet wird. Es wurde auch festgestellt, dass die Raucherraten bei Tabakbauern gegenüber anderen Bevölkerungsanteilen erhöht sind (vgl. WHO 2017; Graen 2014; Otañez 2008; WHO 2004).

Umweltzerstörung

Für Tabakanbau werden Wälder abgeholzt und Pestizide, Dünger und Chemikalien gelangen über den Anbau ins Grundwasser. In Bangladesh traten beispielsweise in Folge des Tabakanbaus ein Fischsterben und der Verlust von fruchtbarem Boden in Flussnähe auf. Bei der Tabakproduktion fallen flüssige, feste und gasförmige Abfallstoffe an, die zum Teil in die Umwelt abgegeben werden. Weiterhin belasten Zigarettenkippen und Zigarettenverpackungsmüll maritime Ökosysteme und der Süßwasserverbrauch ist bei der Erzeugung von Rohtabak mehr als doppelt so hoch, als bei der Erzeugung von Mais (vgl. Von Eichborn und Abshagen 2015; WHO 2004).

Weitere Aus- und Wechselwirkungen

Mit dem beschriebenen hohen Wasserverbrauch und der Belastung des Grundwassers gehen eine Belastung und Verknappung des Trinkwassers einher. Ebenso müssen negative Auswirkungen auf das Wasser in sanitären Anlagen beachtet werden. In Städten stellen Zigarettenabfälle und Ausgespucktes bei rauchlosem Tabak einen hohen Anteil von Verschmutzung dar. Weiterhin stellt Tabak ein Risiko für die Verschmutzung der Luft in Innenräumen dar und ebenso für Feuersbrünste in Häusern und Wohngebäuden (vgl. WHO 2017).

Gesamt-ökonomische Entwicklung

Auf Staatsebene produziert Tabakgebrauch finanzielle Belastungen durch Kosten für die Gesundheitsversorgung, verlorene Produktivität, Handelsverluste (wenn mehr Tabak im- als exportiert wird, wie z. B. in 2002 in Kambodscha, Malaysia, Nigeria, Südkorea, Rumänien, Russland und Vietnam), entgangene Einnahmen durch Zigaretten schmuggel und Umweltschäden. Diese Verluste wirken sich in LMIC extrem nachteilig aus, da hier

oftmals ohnehin schon knappe Ressourcen für ökonomische und soziale Entwicklung, Wohlfahrt und Sozialsysteme zur Verfügung stehen (vgl. WHO 2017; WHO 2004).

Kosten von Tabakgebrauch

Um die wirtschaftliche Last des Tabakgebrauchs zu schätzen, wurden zwar bereits einige Fortschritte gemacht, aber besonders für LMIC fehlen immernoch zuverlässige Daten. Die direkten Kosten, die durch den Konsum von tabakbezogenen Gesundheitsleistungen und als Anteil an allen Gesundheitsausgaben definiert werden, sind in HIC und LMIC vergleichbar, wohingegen die indirekten Kosten, definiert durch zusätzliche Kosten, die bei dem Konsum von Gesundheitsleistungen entstehen in LMIC wahrscheinlich höher als in HIC sind. Zu den indirekten Kosten gehören auch die Kosten der Morbidität, die normalerweise durch verloren gegangene Produktivität in Folge von krankheitsbedingter Abwesenheit und vorzeitiger Krankheit beschrieben werden sowie die Kosten der Mortalität, meistens ausgedrückt durch verlorene Produktivität wegen vorzeitigem Versterben. Da LMIC in den ersten Stadien der Tabakepidemie lokalisiert werden können, ist es wahrscheinlich, dass hier die Tabaklast noch weiter ansteigen wird und auch die tabakbedingten Kosten zunehmen werden. Dies wird dadurch mitbedingt, dass eine Verbesserung der Gesundheitssysteme und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung in LMIC in den kommenden Jahren erwartet wird. Aufgrund des Gebrauchs diverser und zum Teil unterschiedlicher Tabakprodukte in LMIC im Gegensatz zu HIC muss mit im Detail unterschiedlichen gesundheitlichen Auswirkungen gerechnet werden. Die weltweiten tabakbedingten Kosten wurden für das Jahr 2012 auf 422 Mrd. US-Dollar geschätzt, was einem Anteil von 5,7% der globalen Gesundheitsausgaben entsprach. Die Anteile der direkten tabakbedingten Kosten an den Gesundheitsausgaben waren mit 6,5 bis 6,7% in HIC, der amerikanischen Region und der europäischen Region am höchsten. Die geschätzten indirekten Kosten für Morbidität und Mortalität beliefen sich zusammengenommen auf 1.014 Mrd. US-Dollar. Die absoluten Kosten des Rauchens entsprachen 1,8% des weltweiten BIP. Während die HIC, die europäische und die amerikanische Region die höchsten Ausgaben für tabakbedingte Erkrankungen als Anteil am jeweiligen BIP verzeichneten, beliefen sich die direkten und indirekten Kosten für tabakbedingte Erkrankungen der LMIC auf etwa 40% der globalen Kosten des Rauchens (U.S. National Cancer Institute und WHO 2016: 74 – 101).

Zwischenfazit: Tabak und Global Health

In diesem Abschnitt wurde deutlich, dass der Gebrauch von Tabak ein Global-Health-Problem darstellt, zu dem umfangreiche Daten und Informationen vorliegen und das in komplexe Entwicklungsprozesse eingebunden ist. Es wurde ein differenziertes Bild der

Trends im Bereich von Prävalenz, Morbidität und Mortalität gezeichnet. Global betrachtet, ist Rauchen somit der zweitstärkste Risikofaktor für vorzeitiges Sterben. Trotz eines Rückgangs der Belastung durch Tabakgebrauch in einigen Regionen besteht insgesamt ein anhaltender Trend, der durch Entwicklungsprozesse in LMIC, durch das Bevölkerungswachstum und durch alternde Gesellschaften bedingt wird. Aus den Erfahrungen der HIC, aus denen das Stadienmodell der Tabakepidemie abgeleitet wurde, weiß man, welche Auswirkungen ein massenhafter Anstieg des Tabakkonsums/-gebrauchs haben kann und dass diese erst mit einer Verzögerung von etwa 40 Jahren sichtbar werden. Aus diesem Grund ist es besorgniserregend, dass Tabakgebrauch in der Region der LMIC und insbesondere in armen Ländern und Bevölkerungsanteilen insgesamt weiter anhält oder sogar ansteigt. Bei genauerer Betrachtung der Auswirkungen von Tabakgebrauch und Tabakanbau bzw. -produktion in LMIC wird deutlich, dass hier ein armuts- und ungleichheitsverstärkender Zusammenhang mit oftmals bereits durch Armut belasteten Haushalten besteht, was u. a. negative Folgen für die Ernährungssicherung und die Geschlechtergerechtigkeit hat. Auch auf staatlicher Ebene erzeugt der Tabakgebrauch Kosten, die für LMIC eine erhebliche Belastung darstellen, da hier oftmals für die Förderung der sozialen und ökonomischen Entwicklung ohnehin nur knappe Ressourcen zur Verfügung stehen.

Tabakkontrolle

Während in den vorherigen Abschnitten Tabak als gesundheitliches Problem auf individueller und globaler Ebene dargestellt wurde, liegt hier der Fokus auf der Problemlösung und den Ansätzen und Möglichkeiten, um den Tabakgebrauch individuen- und populationsbasiert zu verhindern, zu stoppen oder zu verringern. Der Schwerpunkt liegt auf der FCTC, welche seit 2005 weltweit den Rahmen für Tabakkontrollinterventionen setzt (vgl. Kahnert et al. 2011).

Die Geschichte der FCTC

Der Weg zur FCTC hat sich historisch über mehrere Etappen erstreckt. Zu Beginn steht die starke Verbreitung des Zigarettenrauchens in den HIC infolge der Massenproduktion ab Ende des 19. Jahrhunderts. Damit gingen verstärkte Marketingaktivitäten der Tabakindustrie einher, die es verstand, Zigaretten als Attribute eines guten Lebens darzustellen und Werte wie Reife und Jugend, männliche Robustheit und weibliche Finesse oder Arbeitsethos und Starallüren zu vereinen. Mit dem Anstieg tabakbedingter Erkrankungen setzte sich zunächst noch langsam die Einsicht durch, dass Wissenschaftler mit der Erkenntnis, Tabakgebrauch sei schädlich, recht haben könnten. Im Jahr 1958 glaubten 44% der US-Amerikaner, dass Rauchen Krebs auslöst, zehn Jahre später waren es bereits 78%. Die Reaktion der Tabakindustrie auf das gestiegene Gesundheitsbewusstsein,

erste Reaktionen der WHO sowie einige regulierende Eingriffe in verschiedenen Ländern war es, verstärkt zu werben, vermeintlich risikoreduzierende Produkte auf den Markt zu bringen (z. B. „light“ Zigaretten) und vermehrt zu betonen, dass ihre Produkte nicht gesundheitsschädlich seien. Zudem wurde das „Tobacco Industry Research Committee“ (TRIC) gegründet, das dazu diente, wissenschaftliche Ergebnisse zu verschleiern und die Aufmerksamkeit von den gesundheitlichen Schäden des Rauchens abzulenken. Dies spitzte sich zu, als CEOs einiger Tabakfirmen im Jahr 1994 vor dem US-Kongress schworen, sie würden glauben, Rauchen sei weder abhängigkeitsauslösend noch krebs-erzeugend. Durch mehrere Gerichtsverfahren in den USA und die damit verbundene Einsicht in interne Dokumente wurden die Taktiken der Tabakindustrie bekannt. Dazu gehörte die Verheimlichung der Toxizität und suchterzeugenden Wirkung ihrer Produkte, die gezielte Adressierung von Kindern und Jugendlichen, die Manipulation des Nikotin-gehalts der Zigaretten und die Überwachung der aufkommenden Tabakkontrollbewe-gung (z. B. Amerikanische Krebsgesellschaft, „Tobacco-Free Kids“, Bloomberg Founda-tion). Als Reaktion auf den erstarkenden Widerstand und die steigenden Tabakkon-trollaktivitäten verlagerte die Tabakindustrie ihre Aufmerksamkeit auf die unregulierten Märkte der LMIC (vgl. Gostin 2014; Yach 2014).

Die Idee, ihr völkerrechtliches Mandat nach Artikel 19 der WHO-Verfassung auszuüben und weltweit gültige Rahmenbedingungen für Tabakkontrolle über einen Vertrag zu schaffen, trat innerhalb der WHO bereits im Jahr 1979 zum ersten Mal auf. Bei der „9. World Conference on Tobacco or Health“ im Oktober 1994 wurden, mit starker Unter-stützung der Teilnehmenden, die nationalen Regierungen und die WHO aufgefordert, ein internationales Abkommen zur Tabakkontrolle zu erarbeiten. Dies wurde im Mai 1995 auf der 48. Weltgesundheitsversammlung (engl. World Health Assembly, WHA) durch die Resolution 48.11 für offiziell erklärt. In der Folge wurde zunächst die „Tobacco Free Ini-tiative“ (TFI) als eigenständige Abteilung der WHO gegründet, die die Mitgliedstaaten rechtlich, politisch und finanziell unterstützen und die internationalen Aktivitäten koordi-nieren sollte, um das Ziel zu erreichen, in 2003 ein Übereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums zu verabschieden. U. a. wurde auch ein wissenschaftliches Komitee gebildet, um der TFI zur Seite zu stehen. Weiterhin wurde die Zivilgesellschaft durch die Gründung der „Framework Convention Alliance“ (FCA) eingebunden, die inzwischen über 350 NRO aus mehr als 100 Ländern umfasst. Dr. Gro Harlem Brundtland, die seit 1998 Generaldirektorin der WHO war, erklärte die globale Tabakkontrolle zur Priorität. Zu Beginn der Verhandlungen wurde die „United Nations Ad Hoc Interagency Task Force on Tobacco Control“ zur weiteren Koordinierung durch das Generalsekretariat der Vereinten Nationen (engl. United Nations, UN) gegründet und verschiedene Organisatio-

nen (z. B. FAO, ILO, UNICEF, Weltbank) wurden einbezogen, um alle Aspekte der Tabakkontrolle zu berücksichtigen. Im Mai 1999 wurde durch die Resolution 52.18 auf der 52. WHA einer Arbeitsgruppe das Mandat erteilt, Elemente des Vertrags zu entwerfen. Dazu wurde ein zwischenstaatliches Verhandlungsorgan (engl. Intergovernmental Negotiation Body, INB) gegründet, woraufhin die konkrete Ausarbeitung des Vertrags begann. Über eine weitere Resolution wurde ein Arbeitspapier angenommen und an das INB weitergeleitet. In sechs INB-Versammlungen, an denen Delegationen aus bis zu 190 WHO-Mitgliedsstaaten teilnahmen und vor und zwischen denen öffentliche Anhörungen mit Interessenvertretern der Tabakkontrolle, aber auch mit Vertretern der Tabakindustrie stattfanden, wurde im Zeitraum zwischen Oktober 2000 und Februar 2003 ein Vertragsentwurf erarbeitet. Schließlich wurde die FCTC am 21. Mai 2003 bei der 56. WHA einstimmig angenommen. Zum Inkrafttreten stand die Rahmenkonvention in zwei Zeiträumen zwischen 2003 und 2004 jeweils in Genf und in New York City zur Unterzeichnung bereit. Am 29. November 2004 hatten mindestens 40 Staaten die FCTC ratifiziert, angenommen, genehmigt, förmlich bestätigt oder durch Beitritt anerkannt, was dazu führte, dass sie am 27. Februar 2005 in Kraft trat. Damit ist die FCTC der erste internationale Vertrag im Bereich der öffentlichen Gesundheit unter Schirmherrschaft der WHO, eines der weltweit von den meisten Staaten anerkannte Abkommen und einer der am schnellsten verhandelten, angenommenen und in Kraft getretenen Verträge in der Geschichte der UN. Um den Fortschritt der Implementierung der Maßnahmen aus der FCTC zu überprüfen und um den Prozess in den einzelnen Ländern zu beschleunigen, findet jährlich ein Verhandlungstreffen von Vertretern aller Vertragsparteien der FCTC statt (Konferenz der Vertragsparteien, engl. Conference of the Parties, COP). Auch werden auf der COP Protokolle, Leitlinien oder Empfehlungen, die die Bestimmungen der Paragraphen des Vertrags näher ausführen, vorgestellt, diskutiert und verabschiedet (Kahnert et al. 2011: IX – 7).

Über einen Beitritt (engl. Accession) können Länder, welche die FCTC bis zum 29. Juni 2004 nicht ratifiziert haben, im Nachhinein Vertragspartei werden. Diese Länder müssen Mitglied der WHO oder der UN sein. Auch Organisationen der Wirtschaftsintegration können beitreten, wie dies z. B. die Europäische Gemeinschaft getan hat. Zurzeit hat die FCTC 182 Parteien, mit Andorra als letztem Beitrittsland und einer weltweiten Populationsabdeckung von über 90%. Nicht unterschrieben haben und nicht beigetreten sind der FCTC die Dominikanische Republik, Eritrea, Indonesien, Liechtenstein, Malawi, Monaco, Somalia und der Südsudan. Folgende Länder haben die FCTC unterschrieben, aber nicht ratifiziert: Argentinien, Kuba, Haiti, Marokko, Mosambik, Schweiz und die USA. Diese Länder haben aber weiterhin die Möglichkeit, der FCTC über die „Accession“ bei-

zutreten, was ein einstufiger Prozess ist, welcher der Ratifizierung gleichkommt (vgl. WHO FCTC 2020a; FCA 2018).

Yach (2014) beschreibt acht Strategien, die die WHO im Prozess der Entwicklung der FCTC anwendete, um eine breite Unterstützung zu erhalten:

1. Ein Team bilden: Das Team um Dr. Brundtland umfasste Spezialisten zu den Themen Epidemiologie und NCDs, zu den Modalitäten der Vertragsentwicklung der WHO, zur OECD und Ergänzung der Malariakontrolle durch Tabakkontrolle und zur panafrikanischen Tabakkontrollbewegung.
2. Die Rolle der Tabakindustrie herausstellen: Die Einsicht in die internen Tabakdokumente (ausgelöst durch WHO und Weltbank) führte dazu, dass eine WHA-Resolution verabschiedet wurde, durch die Regierungen vor den Taktiken der Tabakindustrie gewarnt wurden. Hierdurch und durch die Aktivitäten von internationalen NRO wurden der Diskurs und die öffentliche Wahrnehmung der Tabakindustrie beeinflusst.
3. NRO einbinden: Es wurden finanzielle Mittel und Orte bereitgestellt, über die sich NRO, Medien- und Regierungsvertreter, die sich stark für die Tabakkontrolle engagierten, vernetzen und organisieren konnten.
4. Unterstützung durch die UN und das Bretton Woods System gewinnen: Da die FCTC ein UN-Vertrag ist wurde Unterstützung für die Tabakkontrolle im gesamten UN- sowie im Bretton-Woods-System gesucht.
5. Länderspezifische Strategien entwickeln, um Konsens zu erreichen: Z. B. mussten Länder, wie China, Deutschland, Japan und die USA, die am ehesten Widerstand gegen die FCTC zeigen würden, in den Verhandlungen anders behandelt werden, als eher zustimmende Länder, wie Brasilien, Kanada, Iran oder Südafrika.
6. Überwachungssysteme etablieren und in angewandte Forschung investieren: Um den Zusammenhang zwischen Tabakgebrauch und gesundheitlichen Outcomes zu belegen, wurde der GYTS initiiert, der weiterhin mit Unterstützung durch die Bloomberg Philanthropies und die Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF) auch für Erwachsene durchgeführt wurde.
7. Den privaten Sektor und den Sportbereich einbinden: In der Kommunikation der Haltung gegen die Tabakindustrie wurde betont, dass dies spezifisch ist und sich nicht allgemein auf den Unternehmenssektor bezieht. Durch Verhandlungen mit großen Sportveranstaltern wurden nach und nach Events wie die Winterolympia-

de, der FIFA World Cup, Frauenfußball und Volleyball rauchfrei (inkl. der Beendigung des Sponsorings über Tabakfirmen).

8. Auswahl und Unterstützung der besten Verhandler zur Führung des Prozesses:

Mit Celso Luiz Nunes Amorim (ehemaliger brasilianischer Botschafter bei den UN, Verteidigungsminister) und Luiz Felipe de Seixas Correa (führender brasilianischer Verhandler bei der Welthandelsorganisation, engl. World Trade Organization, WTO) wurden zwei kompetente Verhandler gewonnen, die in den Bereichen Gesundheit, Politik und Entwicklung versiert waren. Sie verstanden es z. B., Kompromisse zwischen den ärmeren und den einkommensstarken OECD-Ländern zu finden. Obwohl die ärmeren Länder eine stärkere Überlegenheit von Gesundheit über Handel gefordert hatten, wurde so z. B. dem Recht auf Schutz der öffentlichen Gesundheit zumindest eine gewisse Priorität eingeräumt.

Mamudu und Glantz (2009) beschreiben die Rolle der in der FCA vereinten Zivilgesellschaft in den Verhandlungen der FCTC. Die FCA hat den Prozess demnach in vielfältiger Weise unterstützt, wie z. B. durch Hervorhebung der Bedeutung der Tabakkontrolle auf Pressekonferenzen oder das Informieren von Delegierten. Sie leistete damit einen wichtigen Beitrag zu einem einheitlichen Wissensstand und trug dazu bei, dass wissenschaftliche Kenntnisse verbreitet wurden. Weiterhin stellte sie Länder bloß, die sich gegen die FCTC einsetzten und verlieh beispielsweise den sog. „Dirty Ashtray Award“ an Deutschland, als es sich gegen den Artikel 13 der FCTC (Werbe-, Promotion- und Sponsoringverbot) aussprach. Am Eingang zu den Plenarsitzungen wurde eine Uhr angebracht, die die Zahl der weltweiten tabakbedingten Todesfälle anzeigte. Nach Abschluss der Verhandlungen wendete sich die FCA dem Prozess der Ratifizierung und der Überwachung der Einhaltung der Bestimmungen aus der FCTC zu. Insgesamt gesehen konnte die FCA ihre Ziele für die Verhandlungen der FCTC nicht ganz erreichen. So favorisierte sie über den Vertrag hinweg einen stärker verpflichtenden als empfehlenden Charakter, ein weltweit umfassendes Verbot von Werbung, Promotion und Sponsoring sowie eine deutliche und explizite Priorisierung der FCTC gegenüber Handelsbestimmungen der WTO. Allerdings kann man aus dem Vertragstext auf eine weitgehende Gleichstellung von öffentlicher Gesundheit und Handel schließen, was als Erfolg gegenüber den Interessen der Tabakindustrie gewertet werden kann. Zudem wurde die Mitwirkung der Zivilgesellschaft bei dem Erreichen der Ziele der FCTC in den Vertragstext aufgenommen (Artikel 4.7).

Die Tabakindustrie versucht jedoch bis in die Gegenwart, sich den Bestimmungen aus der FCTC zu widersetzen. Ein starker Fokus auf die Gewinnung von Märkten in LMIC ist

weiterhin offensichtlich. Dies äußert sich z. B. durch verstärkte Marketingaktivitäten und Niedrigpreisstrategien, um Eingang in diese Märkte zu finden. Des Weiteren werden nach wie vor irreführende Botschaften verbreitet sowie über Gerichtsverfahren eine Einschüchterungsstrategie gegen LMIC, die Tabakkontrollinterventionen implementieren, verfolgt. Auch wurde festgestellt, dass die Tabakindustrie einerseits vorgibt, zur Eindämmung des illegalen Handels mit Tabakwaren beitragen zu wollen und gleichzeitig oftmals selber darin verwickelt ist (vgl. Gilmore et al. 2015).

Die FCTC

Im Folgenden werden die Inhalte des Vertragstextes der FCTC verkürzt, zusammengefasst und beispielhaft wiedergegeben. Dabei muss im Rahmen der vorliegenden Arbeit darauf verzichtet werden, alle Details dieses umfassenden und zum Teil verschachtelten, weit verzweigten und nicht durchgehend konsistenten Textes (z. B. in Bezug auf die Nennung und Konkretisierung einzelner Maßnahmen) zu erfassen und zu diskutieren.

Die FCTC besteht aus elf Teilen und 38 Artikeln⁸, die themenbezogen die Inhalte und Bestimmungen erklären. Zu einigen der Artikel wurden Leitlinien erstellt, welche die Maßnahmen und die Möglichkeiten der Implementierung spezifizieren. Die Leitlinien sind jedoch nicht Teil des eigentlichen Vertragstexts und haben empfehlenden Charakter. Leitlinien können durch die COP erlassen werden. Weitere Instrumente sind Protokolle und technische Berichte (s. o.).

Präambel

In der Präambel werden Hintergrund und Motivation zur Entwicklung der FCTC beschrieben. Gesetzlich beruft man sich dabei auf das Recht einesjeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte), auf das Grundrecht auf eine möglichst gute Gesundheit unabhängig von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, wirtschaftlicher oder sozialer Lage (Satzung der WHO) sowie auf das Recht von Staaten, die öffentliche Gesundheit prioritär zu schützen. Ebenso findet ein Bezug zu wissenschaftlichen Untersuchungen statt, die den Zusammenhang zwischen Tabakgebrauch und Tod, Krankheit und Invalidität belegen sowie zu der Erkenntnis, dass die Ausbreitung der Tabakepidemie ein weltweites Problem ist und dies insbesondere in Entwicklungsländern. Weiterhin wird u. a. auf das Erfordernis von kooperativem Handeln zur Problemlösung hingewiesen und die Rolle der Zivilgesellschaft hervorgehoben.

⁸ „Artikel“ entsprechen hier den thematischen Abschnitten von Vertragstexten, die normalerweise als „Paragraphen“ bezeichnet werden [d. Verf.].

Teil I: Einleitung

In *Artikel 1* werden die Begriffe „unerlaubter Handel“, „Organisation der regionalen Wirtschaftsintegration“, „Tabakwerbung und Förderung des Tabakverkaufs“, „Eindämmung des Tabakgebrauchs“, „Tabakindustrie“, „Tabakerzeugnisse“ und „Tabak sponsoring“ definiert. *Artikel 2* beinhaltet eine Ermutigung, über die FCTC hinausgehende Tabakkontrollinterventionen zu implementieren sowie das Recht, weitere Übereinkünfte mit Vertragspartnern zu schließen, insofern diese mit den Verpflichtungen aus der FCTC vereinbar sind.

Teil II: Ziel, Leitlinien und allgemeine Verpflichtungen

In *Artikel 3* wird das Ziel formuliert, heutige und künftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums zu schützen. Zudem wird hier beschrieben, dass die FCTC einen Rahmen für die Eindämmung des Tabakgebrauchs setzt und somit impliziert, dass im Gegensatz dazu, alle möglichen und spezifischen Tabakkontrollinterventionen bis ins Detail zu definieren, Themenbereiche aufgeführt werden, denen Tabakkontrollinterventionen bzw. Maßnahmen zugeordnet werden können. *Artikel 4* nennt leitende Prinzipien, wie die Stärkung des öffentlichen Bewusstseins, politisches Engagement und internationale Kooperation. *Artikel 5* verlangt von den Vertragsparteien die Einrichtung einer Infrastruktur für Tabakkontrolle (z. B. nationale Koordinationsmechanismen, Entwicklung und Implementierung von Strategien, Plänen und Rechtsvorschriften). Zudem wird eine Kooperation mit internationalen Organisationen und untereinander sowie die Beschaffung von finanziellen Ressourcen zur Umsetzung der Vorschriften bestimmt. Zu beachten ist hier der *Artikel 5.3*, der eine der wichtigsten Bestimmungen der FCTC enthält: den Schutz der Tabakkontrolle und der öffentlichen Gesundheit vor den kommerziellen und anderen Interessen der Tabakindustrie.

Teil III: Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak

Artikel 6 betrifft preisliche und steuerliche Maßnahmen, wie Steueranhebungen und Verbote oder Einschränkungen des Verkaufs von steuer- oder zollfreien Tabakprodukten. *Artikel 7* setzt Gesetzgebung, Regulierung und Richtlinien bezüglich nicht preisbezogener Maßnahmen fest, die in den darauffolgenden Artikeln konkretisiert werden. *Artikel 8* umfasst Rauchverbote an öffentlichen Plätzen, ohne eine zeitliche Frist zu setzen, aber unter Empfehlung der Implementierung innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten für die jeweilige Vertragspartei. *Artikel 9 und 10* widmen sich der Regulierung der Inhalte und Emissionen von Tabakprodukten sowie der Offenlegung derselben gegenüber Re-

gierungen und der Öffentlichkeit. In *Artikel 11* geht es um das Verbot von irreführender Verpackung und Etikettierung, um das Erfordernis von gesundheitlichen Warnhinweisen und um die Beschreibung von Inhalten und Emissionen auf Tabakverpackungen. Dies soll innerhalb von drei Jahren umgesetzt werden. Durch *Artikel 12* soll das öffentliche Bewusstsein z. B. über mediale Kampagnen, Bildungs- oder Schulungsprogramme geschärft werden. Dies umfasst auch Zielgruppen, wie Medienexperten und Entscheider und bezieht sich u. a. auch auf Informationen über die Tabakindustrie. Innerhalb von fünf Jahren sollen die Vertragsparteien über *Artikel 13* umfassende Verbote von Werbung, Promotion oder Sponsoring der Tabakindustrie erlassen, was grenzüberschreitende Aktivitäten einschließen soll. Hier wird eine Einschränkung bezüglich Ländern gemacht, deren Verfassungsgrundsätze nicht mit umfassenden Verboten vereinbar sind. Es soll eine Anpassung und weitmögliche Umsetzung erfolgen. *Artikel 14* soll einen Beitrag zur Behandlung der Tabakabhängigkeit und zur Tabakentwöhnung leisten. Dafür sollen Regierungen wissenschaftsbasierte Leitlinien und eine Infrastruktur für entsprechende Dienste etablieren. Der Zugang zu bezahlbaren Behandlungen, einschließlich pharmazeutischer Produkte soll erleichtert werden.

Teil IV: Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verminderung des Tabakangebots

Durch *Artikel 15* sollen alle Formen des illegalen Tabakhandels beseitigt werden. Zu diesem Artikel wurde ein Protokoll verabschiedet, welches einen eigenen Vertrag darstellt und 2018 für 41 Parteien in Kraft trat. Es umfasst u. a. Verpackungsmarkierungen zur Nachverfolgung und die Überwachung von grenzüberschreitendem Handel. *Artikel 16* umfasst Maßnahmen zur Verhinderung des Kaufs oder Verkaufs von Tabakprodukten durch, nach dem jeweiligem inländischen Recht definierten Minderjährigen. Dies betrifft z. B. den Verkauf von Einzelzigaretten, die Verteilung von Gratisprodukten oder den Zugang zu Zigarettenautomaten. *Artikel 17* bezieht sich schwerpunktmäßig auf Tabakanbau und –produktion. Die Vertragsparteien sollen untereinander und mit zwischenstaatlichen Organisationen zusammenarbeiten, um wirtschaftlich realisierbare Alternativen zu fördern.

Teil V: Schutz der Umwelt

Artikel 18 beinhaltet eine „gebührende Berücksichtigung“ des Schutzes der Umwelt und der menschlichen Gesundheit bei Tabakanbau und –herstellung in den jeweiligen Hoheitsgebieten der Vertragsparteien.

Teil VI: Fragen in Bezug auf die Haftung

In *Artikel 19* werden Möglichkeiten aufgezeigt, die Tabakindustrie für die durch sie verursachten Schäden haftbar zu machen. Dies umfasst gesetzgeberische Maßnahmen und Regelungen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit, der zivilrechtlichen Haftung und des Schadensersatzes sowie die Zusammenarbeit der Vertragsparteien.

Teil VII: Wissenschaftliche und technische Zusammenarbeit und Übermittlung von Informationen

Über *Artikel 20* verpflichten sich die Vertragsparteien zur Entwicklung und Förderung nationaler und internationaler Forschungsprogramme sowie zur Überwachung der Tabakkontrolle und zum Informationsaustausch. In *Artikel 21* geht es um die Erstellung von regelmäßigen Berichten zur Fortschrittskontrolle, die über das Sekretariat der Konvention an die COP übermittelt werden. *Artikel 22* widmet sich der direkten Kooperation zwischen den Vertragsparteien sowie der „indirekten“ Kooperation über zuständige internationale Stellen, um die Ziele der FCTC zu erreichen.

Teil VIII: Institutionelle Vereinbarungen und finanzielle Mittel

Artikel 23 – 25 regeln die Abläufe für den Aufbau und die Einberufung der COP sowie des Sekretariats der Konvention. Zudem wird die Beziehung zwischen der COP und zwischenstaatlichen Organisationen geklärt, wobei hier die Ersuchung einer Zusammenarbeit mit Finanz- und Entwicklungsinstitutionen als Mittel der Zielerreichung genannt wird. In *Artikel 26* werden die Vertragsparteien zur finanziellen Unterstützung für ihre Tabakkontrollprogramme aufgefordert. Weiterhin wird auf bilaterale, regionale, subregionale oder andere multilaterale Finanzierungsmöglichkeiten verwiesen sowie in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die besonderen Bedürfnisse von Entwicklungsländern und Ländern mit sich im Übergang befindenden Wirtschaftssystemen aufmerksam gemacht. Demnach sollen auch sachbezogene, finanzielle, technische und sonstige Mittel aus öffentlicher und privater Herkunft zum Wohl der Vertragsparteien und insbesondere der Entwicklungsländer aufgebracht werden. Dem Sekretariat der Konvention wird hier eine beratende Funktion für diese Länder erteilt. Es wird u. a. auch die Einrichtung eines freiwilligen weltweiten Fonds zur Unterstützung dieser Regionen in der Tabakkontrolle erwogen.

Teil IX: Beilegung von Streitigkeiten

In *Artikel 27* werden die Schritte zur Beilegung von Streitigkeiten über die Auslegung oder Anwendung des Übereinkommens erklärt. Demnach werden dafür zunächst Verhandlungen und bei ausbleibender Lösung Ad-hoc-Schiedsverfahren eingesetzt.

Teil X: Entwicklung des Übereinkommens

Durch *Artikel 28* wird festgelegt, wie Vorschläge zur Änderung der FCTC über die COP aufgenommen, verhandelt und umgesetzt werden. In *Artikel 29* wird dieses Verfahren auf Änderungen von Anlagen des Vertrags, wie Listen oder Formulare erweitert.

Teil XI: Schlussbestimmungen

Durch *Artikel 30* wird festgelegt, dass Vorbehalte zur FCTC nicht gültig sind. In *Artikel 31* wird beschrieben, wie ein Rücktritt aus dem Übereinkommen erfolgt. *Artikel 32* legt die Regelungen bezüglich des Stimmrechts dar. *Artikel 34* widmet sich dem Prozess der Unterzeichnung, der im Zeitraum 2003 bis 2004 in Genf und New York stattfand. *Artikel 35* deklariert, dass auch nach der Unterzeichnungsfrist ein Beitritt zum Übereinkommen über Ratifikations-, Annahme-, Genehmigungs- oder Beitrittsurkunden möglich ist und beschreibt die entsprechenden Modalitäten. *Artikel 36* erklärt das Inkrafttreten der FCTC, das am neunzigsten Tag nach Hinterlegung der Ratifikations-, Annahme-, Genehmigungs- oder Beitrittsurkunde erfolgt. *Artikel 37* nennt den Generalsekretär der UN als Verwahrer des Übereinkommens. *Artikel 38* legt die Verbindlichkeit des arabischen, chinesischen, englischen, französischen, russischen und spanischen Wortlauts des Übereinkommens fest (vgl. WHO FCTC 2018a; WHO FCTC 2018b; Kahnert et al. 2011).

Die FCTC im Rahmen von Menschenrechten und Global Health Law

In diesem Abschnitt wird ein Blick auf rechtliche Aspekte und Fragen der FCTC und der Tabakkontrolle geworfen. Hierbei geht es u. a. um die Verbindlichkeit der Regeln aus der FCTC und somit um ihre Durchsetzbarkeit, um die Interaktion verschiedener Rechte auf übergeordneter Ebene sowie um die Bedeutung des Rechts für den Schutz von Public Health.

Menschenrechte sind fundamentale Grundrechte, die politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte sowie Bürgerrechte umfassen. Neben der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (engl. Universal Declaration of Human Rights, UDHR) werden diese in Menschenrechtsabkommen, wie z. B. dem Internationalen Pakt über Bürgerliche und Politische Rechte (engl. International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR), dem Internationalen Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte (engl. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) oder dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes (engl. Convention on the Rights of the Child, CRC) spezifiziert. Hier werden z. B. das Recht auf Leben (UDHR, Artikel 3; ICCPR, Artikel 6; CRC, Artikel 6) und Gesundheit (ICESCR, Artikel 12) genannt, welche eine Argumentationsgrundlage und Berechtigung für Tabakkontrolle darstellen. Dagegen

werden weitere Rechte, wie Freiheitsrechte (UDHR, Artikel 3; ICCPR, Artikel 9), das Recht auf Selbstbestimmung (ICESCR, Artikel 1; ICCPR, Artikel 1) sowie Rechte auf Privatsphäre (UDHR, Artikel 12; ICCPR, Artikel 17) von der Tabakindustrie genutzt, um Einwände gegen Tabakkontrolle zu erzeugen. Auf der anderen Seite nutzt die Tabakindustrie auch Verträge wie Handels- und Investitionsschutzabkommen, um gegen Tabakkontrolle zu klagen. Gegen die Sichtweise der Tabakindustrie ist jedoch einiges einzuwenden. So entspricht der Tabakgebrauch beispielsweise nicht einem Streben nach wirtschaftlicher, sozialer oder kultureller Entwicklung (Inhalte zur Beschreibung des Rechts auf Selbstbestimmung) und kann aufgrund der abhängigkeiterzeugenden Wirkung nicht als eine Entscheidung aus freiem Willen gewertet werden. Zudem hat das „Recht zu Rauchen“ keine Grundlage. Auch die freie kommerzielle Meinungsäußerung, auf die sich die Tabakindustrie oftmals beruft, wird normalerweise als nachrangig zu politischer oder künstlerischer Meinungsäußerung behandelt und genießt deshalb einen geringeren staatlichen Schutz. Zudem steht hier der staatliche Schutzauftrag für die öffentliche Gesundheit dem Schutz kommerzieller Meinungsäußerung entgegen. Es wird beschrieben, dass in internationalen Gerichten der Trend dahingeht, Tabakkontrolle zunehmend im Einklang mit Menschenrechten zu interpretieren, auch wenn die Tabakindustrie weiterhin versucht, ihre Interessen vehement zu verteidigen. Sowohl Menschenrechte als auch die FCTC haben allerdings die Eigenschaft, dass die Abgrenzung zwischen absichtserklärender und bindender Übereinkunft (oftmals) nicht eindeutig ist bzw. dass Unsicherheiten über die konkrete Bedeutung der Artikel bestehen. So beinhaltet die FCTC Unklarheiten über ihre Vollstreckbarkeit in nationalen Gerichten. Nichtsdestotrotz wird der FCTC eine wesentliche Bedeutung im Rahmen der Menschenrechte und von Möglichkeiten, (global) Public Health gesetzlich zu verankern und zu schützen beigegeben (vgl. bpb 2018; Allan 2017; Van der Eijk und Porter 2013; Herdegen 2013; Cabrera und Gostin 2011).

Die FCTC im Rahmen der Agenda 2030

Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung folgt auf die 1992 verabschiedete „Agenda 21“ und die im Anschluss des Millenniumgipfel formulierten „Millenium Development Goals“ (MDGs). Sie wurde am 25. September 2015 von den 193 Mitgliedsstaaten der UN verabschiedet. Sie ist in dem Sinne transformativ und läutete einen Paradigmenwechsel ein, indem sie die Zweiteilung der Welt in Industrie- und Entwicklungsländer hinter sich lässt und eine Entwicklungsagenda für alle Länder gleichermaßen setzt. Somit ist sie universell und berücksichtigt dennoch unterschiedliche Realitäten, Kapazitäten und Entwicklungsstufen. Sie ist nach den Grundprinzipien „People, Planet, Prosperity, Peace, Partnership“ ausgerichtet und vermittelt die Vision einer Welt, in der Individuen

ihre Chancen gleichberechtigt und ohne Nachteile der besonderen Lebenssituation verwirklichen und in der sie gleichermaßen ihre materiellen und immateriellen Bedürfnisse erfüllen können. Dazu wird ein gesellschaftlicher Rahmen beschrieben, der dies ermöglicht sowie eine nachhaltige Entwicklung, die inklusives Wirtschaftswachstum, soziale Entwicklung, Umweltschutz und die Auslöschung von Armut und Hunger miteinander vereint. Zudem wird ein Leben im Einklang mit der Natur angestrebt. Um dies zu erreichen, stehen im Kern der Agenda 17 Ziele (engl. Sustainable Development Goals, SDGs):

1. Keine Armut
2. Kein Hunger
3. Gesundheit und Wohlbefinden
4. Bildung
5. Geschlechtergerechtigkeit
6. Sauberes Wasser und Hygiene
7. Erschwingliche und saubere Energie
8. Angemessene Arbeit und wirtschaftliches Wachstum
9. Industrie, Innovation, Infrastruktur
10. Weniger Ungleichheit
11. Nachhaltige Städte und Gemeinden
12. Verantwortungsvolle/r Konsum/Produktion
13. Dringende Maßnahmen gegen den Klimawandel
14. Schutz der Unterwasserwelt
15. Schutz des Lebens auf dem Land
16. Frieden, Gerechtigkeit, starke Institutionen
17. Globale Partnerschaft zur Erreichung der Ziele.

Diese Ziele haben 169 Unterziele (engl. Targets), und es wurden Indikatoren für das Erreichen der Ziele entwickelt. Auch wenn die Umsetzung der Ziele und das Follow-up Teil der Agenda sind, wird kritisiert, dass sich daraus kaum spezifische Handlungsverpflichtungen ableiten lassen. Zudem ist die Agenda nicht widerspruchsfrei. Dennoch ist es beachtlich, dass damit ein Kompromiss zwischen so vielen Ländern und unterschiedlichen Interessen gefunden wurde, und es bleibt zu hoffen, dass sich die durch die Agenda 2030 ausgedrückten Überzeugungen der Staatengemeinschaft verwirklichen lassen (vgl. UN 2020; BMZ 2010 – 2020c; Martens und Obenland 2017; UN o.J.; UN o.J.c).

Einen direkten Bezug zur Tabakkontrolle stellt die Agenda 2030 im Rahmen des dritten Ziels (Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) her. Hier

heißt es in Ziel 3.a: „Strengthen the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control in all countries, as appropriate“ (UN 2020: 7/25) und für den dazugehörigen Indikator 3.a.1: „Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older“ (ebd.). Die Umsetzung des dritten Ziels der Agenda 2030 ist somit ohne die Berücksichtigung von Tabakkontrolle nicht möglich. Auch andere, der damit verbundenen Unterziele haben Bezüge zu Tabak, so z. B. das Ziel, die Mortalität durch NCDs zu senken, den Substanzmissbrauch zu verringern, das Ziel bezüglich der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften in Entwicklungsländern und das Ziel, nationale und globale Risiken besser zu bewältigen. Bei genauerer Betrachtung weisen auch alle weiteren, bis auf das SDG 7 (Affordable and clean energy) Interaktionen mit Tabakkontrolle auf. Bei *Ziel 1* muss der armutsverstärkende Effekt des Tabakgebrauchs berücksichtigt werden, durch den Tabak und Armut eng verbunden sind. Somit trägt Tabakkontrolle zur Verringerung von Armut und damit zum Erreichen von Ziel 1 bei. *Ziel 2* hängt insofern mit Tabakkontrolle zusammen, als dass Ausgaben für Tabakprodukte die Ernährungssicherheit von Haushalten gefährden und der Anbau von Tabak die Produktion von Nahrungsmitteln verdrängt. Somit kann Tabakkontrolle zu dem Ziel der Auslöschung von Hunger und des Erreichens von Ernährungssicherheit beitragen. In Bezug auf *Ziel 4* fehlt Geld, das für Tabakwaren ausgegeben wird, bei Bildung und Erziehung von Kindern aus armen Haushalten. Zum anderen hat der Tabakgebrauch bei Kindern und Jugendlichen einen schädlichen Effekt auf ihre Entwicklung und Bildung. Also ist Tabakkontrolle auch im Zusammenhang mit Bildung bei der Zielerreichung der SDGs einzubeziehen. Bei der Geschlechtergerechtigkeit (*Ziel 5*) sind ebenfalls Wechselwirkungen mit Tabak gegeben. Beispielsweise werden Frauen von der Tabakindustrie verstärkt adressiert und in einigen Ländern steigen die Raucherraten unter Frauen an. Frauen tragen ein doppeltes Risiko, wenn sie schwanger sind und somit Verantwortung für einen weiteren Menschen tragen. In armen Haushalten haben Frauen aufgrund von Machtkonstellationen oftmals nicht die Möglichkeit, sich dem Tabakrauch zu entziehen und sind verstärkt dem Passivrauchen ausgesetzt. Somit kann Tabakkontrolle auch die Geschlechtergerechtigkeit verbessern. Bei *Ziel 6* (sauberes Wasser, saubere sanitäre Anlagen) ist der Effekt des Tabakanbaus auf die Qualität des Grundwassers, des Trinkwassers und des Wassers, mit dem sich Menschen waschen, zu nennen. Tabakkontrolle kann z. B. durch weniger Tabakanbau dazu beitragen, dass sauberes Wasser zur Verfügung steht. Das Erreichen von *Ziel 8* kann durch Tabakkontrolle insofern gefördert werden, als dass z. B. weniger Arbeitskraft und Produktivität aufgrund von Krankheit und vorzeitiger Mortalität verloren geht und dass die Arbeitsbedingungen im Tabakanbau und in der –produktion kontrolliert und verbessert werden. In Bezug auf *Ziel*

9 kann Tabakkontrolle Innovationen auf dem Gebiet der Tabakentwöhnung fördern und die Taktiken der Tabakindustrie stärker in die Öffentlichkeit bringen. Da Rauchen und Tabakgebrauch eine starke weltweite und inländische Ungleichheitskomponente haben, wie z. B. ihre Verbreitung unter benachteiligten und gefährdeten Bevölkerungsgruppen, leistet Tabakkontrolle auch einen Beitrag zum Erreichen von *Ziel 10*. Tabakkontrolle kann durch die Vision der rauchfreien Städte oder durch die Finanzierung von städtischen Projekten über Einnahmen durch Tabaksteuern zu *Ziel 11* beitragen. Immer wieder findet man das Argument, dass Tabak das einzige Produkt sei, das mindestens 50% seiner Nutzer tötet. Demzufolge kann Tabakgebrauch nicht als nachhaltig bezeichnet werden und Tabakkontrolle trägt dazu bei, dass dieser Konsum verringert oder gestoppt wird (*Ziel 12*). Auch die Produktion von Tabak ist mit menschen- und umweltgefährdenden Praktiken verbunden, deren Unterlassen bzw. Veränderung zum Erreichen des Ziels beiträgt. Da Tabakanbau und –produktion zahlreiche umwelt- und klimagefährdende Auswirkungen haben, können Initiativen der Tabakkontrolle auch das *Ziel 13* fördern. Dies erstreckt sich auf die *Ziele 14 und 15*, wobei hier auch die Auswirkungen des Konsums durch die Verschmutzung durch Zigarettenkippen einbezogen werden müssen. Die Erfahrungen, die bei der Umsetzung der WHO-FCTC gemacht werden, können für die Zielerreichung der SDGs genutzt werden, so z. B.: Koordination und gute Regierungsführung, intersektorale Zusammenarbeit, Management von Interessenkonflikten, Transparenz und Rechenschaftspflicht, Eindämmen der Korruption, Schutz gegen externe Beeinflussung (bezieht sich bei Tabakkontrolle auf die Tabakindustrie) und Umgang mit dem organisierten Verbrechen (bezieht sich bei Tabakkontrolle auf den illegalen Handel; *Ziel 16*). Auch in Bezug auf *Ziel 17* kann die langjährige Erfahrung mit der Tabakkontrolle in der Zusammenarbeit zwischen Regierungen, mit NRO u. a. genutzt werden, um das Erreichen der SDGs zu fördern (vgl. UN 2020; UNDP, WHO 2020f; WHO 2017; Von Eichborn und Abshagen 2015).

Trotz der beschriebenen hohen Interaktion der Tabakkontrolle mit der Agenda 2030 und der Verstärkerwirkung, die Tabakkontrolle für das Erreichen der SDGs insofern bedeutet, stellen Small et al. (2017) fest, dass Tabakkontrolle in Dokumenten wie web-basierten Einreichungen, Berichten von nationalen und globalen thematischen Konsultationen (z. B. zu den Themen Ungleichheit, Gesundheit, Konflikte oder Fragilität) oder in Synthesberichten von „UN-High-Level-Meetings“ sowie im allgemeinen Entwicklungsdiskurs eine vergleichsweise niedrige Priorität gegenüber anderen Gesundheitsproblemen hat. Das weist darauf hin, dass trotz des besonderen Stellenwerts, den Tabakkontrolle durch die FCTC und deren Inklusion in die Agenda 2030 erhalten hat, noch nicht vollständig erkannt wurde, welche entwicklungsbezogenen Probleme mit dem Tabakgebrauch auf

Mikro- und Makroebene einhergehen, wie Tabakgebrauch in das System der SDGs eingewoben ist und mit anderen SDG-Themen zusammenhängt bzw. dass hier weiterhin Erkenntnis- und Handlungsbedarfe bestehen.

Die Implementierung der FCTC

Über den Implementierungsstand zu den Maßnahmen aus der FCTC werden regelmäßig Berichte erstellt. Beispielsweise verfasst das Sekretariat der Konvention alle zwei Jahre sogenannte Fortschrittsberichte, wobei es auf Informationen der Vertragsparteien zurückgreift. Ein anderes Instrument, durch das die Implementierung der FCTC dokumentiert wird, sind WHO-Berichte, die nach den „MPOWER“-Maßnahmen ausgerichtet sind. MPOWER unterstützt seit 2007 Länder in der Umsetzung der Maßnahmen aus der FCTC, indem ein Rahmen von sechs Maßnahmen gesetzt wird, die jeweils mit einem oder mehreren Artikeln der FCTC korrespondieren und auf die Maßnahmen zur Reduktion der Nachfrage nach Tabakprodukten beschränkt sind. Die sechs MPOWER-Maßnahmen sind: Monitor tobacco use and prevention policies, Protect people from tobacco smoke, Offer help to quit tobacco use, Warn about the dangers of tobacco, Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship und Raise taxes on tobacco (vgl. WHO FCTC 2020b; WHO 2020f; WHO 2019a).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der jeweils aktuellen Berichte zusammengefasst:

Global Progress Report on Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control 2018

Übergeordnet hat sich die Implementierung seit Inkrafttreten der FCTC in 2005 verbessert, während zwischen den einzelnen Artikeln erhebliche Differenzen bestehen. Die am erfolgreichsten implementierten Artikel sind Artikel 8 (Rauchverbote), 11 (Gestaltung der Verpackung), 12 (Bildung und Schulung) und 16 (Verkäufe an und durch Minderjährige). Dagegen wurden Artikel 18 (Umwelt- und Gesundheitsschutz), 19 (Haftung) und 17 (Alternativen zum Tabakanbau) am wenigsten erfolgreich implementiert. Positiv konnte verzeichnet werden, dass zunehmend Vertragsparteien umfassende nationale Strategien und Aktionspläne entwickelten, was bei zwei Dritteln mit Maßnahmen zum Schutz gegen die Einflussnahme der Tabakindustrie einherging. Fortschritte wurden auch bei preislichen und steuerlichen Maßnahmen erzielt, bei Rauchverboten (inklusive Außenbereiche und neuartige Produkte), bei gesundheitlichen Warnhinweisen auf Verpackungen, bei Bewusstseinsbildung, Bildung und Schulung, bei der Integration von Diagnose und Behandlung der Tabakabhängigkeit in nationale Tabakkontrollprogramme und beim Monitoring (Forschung, Überwachung). Dagegen wird ein Bedarf zu einer stärkeren Adressierung geschlechtsspezifischer Risiken gesehen und die Bedürfnisse von indigenen Bevöl-

kerungen müssen noch stärker berücksichtigt werden. Schwierigkeiten treten weiterhin bei der Umsetzung der Regulierung von grenzüberschreitenden Werbeaktivitäten auf, und es wird auf Verbesserungsmöglichkeiten beim Schutz von Minderjährigen aufmerksam gemacht (z. B. durch Verbote von Selbstbedienungstheken und Tabakautomaten). Die größten Herausforderungen bei der Umsetzung der FCTC sind die aufzubringenden menschlichen und finanziellen Ressourcen und es wird weiterhin technische Hilfe in Bereichen wie Besteuerung, Entwicklung von Richtlinien, Forschung und nationalen Entwöhnungsprogrammen benötigt. Wesentliche Barrieren sind zudem die Einflussnahme der Tabakindustrie und aufkommende neuartige Tabakprodukte (WHO FCTC 2018: 8 – 9).

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use

Im Rahmen von MPOWER veröffentlicht die WHO Berichte über den Implementierungsstand der sechs Maßnahmen zur Reduktion der Nachfrage, die Teil dieses Konzepts sind. Dabei liegt immer ein Schwerpunkt auf einer der sechs Maßnahmen. In 2019 war dies „Offer help to quit tobacco use“. In 2018 betrug die weltweite Populationsabdeckung durch mindestens eine MPOWER-Maßnahme auf der höchsten Implementierungsstufe 65% oder 5 Mrd. Menschen, was ein starker Fortschritt gegenüber 15% oder 1 Mrd. Menschen in 2007 ist. Weitere Verbesserungen ergaben sich zwischen 2016 und 2018 bei 15 Ländern, die eine oder mehr Maßnahmen auf der höchsten Implementierungsstufe erreichten und bei 21 Ländern, die mindestens eine weitere Maßnahme einführten. Obwohl nur 13 Länder seit 2007 umfassende Tabakentwöhnungsprogramme entwickelten, hat heute doch ein Drittel der Weltbevölkerung (2,4 Mia. Menschen in 23 Ländern) Zugang zu Entwöhnungsangeboten auf der höchsten Implementierungsstufe, was bedeutet, dass dies die zweitstärkste Maßnahme im Sinne der Populationsabdeckung ist. Ein Großteil der Menschen, die durch eine der MPOWER-Maßnahmen geschützt werden, lebt in LMIC (3,9 von 5 Mrd. Menschen). Dort beträgt die Abdeckung durch mindestens eine MPOWER-Maßnahme 61%. Es wird darauf hingewiesen, dass die Tabakepidemie trotzdem nicht als beendet betrachtet werden kann und dass weiterhin viel zu tun bleibt. Der sinkende Trend des Tabakgebrauchs in einigen Ländern wird durch das Bevölkerungswachstum in vielen Regionen wettgemacht. Auch in Ländern, die bereits einige Maßnahmen auf der höchsten Implementierungsstufe umsetzen sind immernoch Verbesserungen, z. B. in Bezug auf „Compliance“ (engl. für Einhaltung/Befolgung) und „Impact“ (engl. für Wirkung⁹) möglich (vgl. WHO 2019a).

⁹ Meint meistens Auswirkungen auf der Systemebene, übergeordnete Auswirkungen [d. Verf.].

Die folgende Abbildung zeigt, wie die MPOWER-Maßnahmen in 2018 in Bezug auf die Weltbevölkerung weltweit verteilt waren:

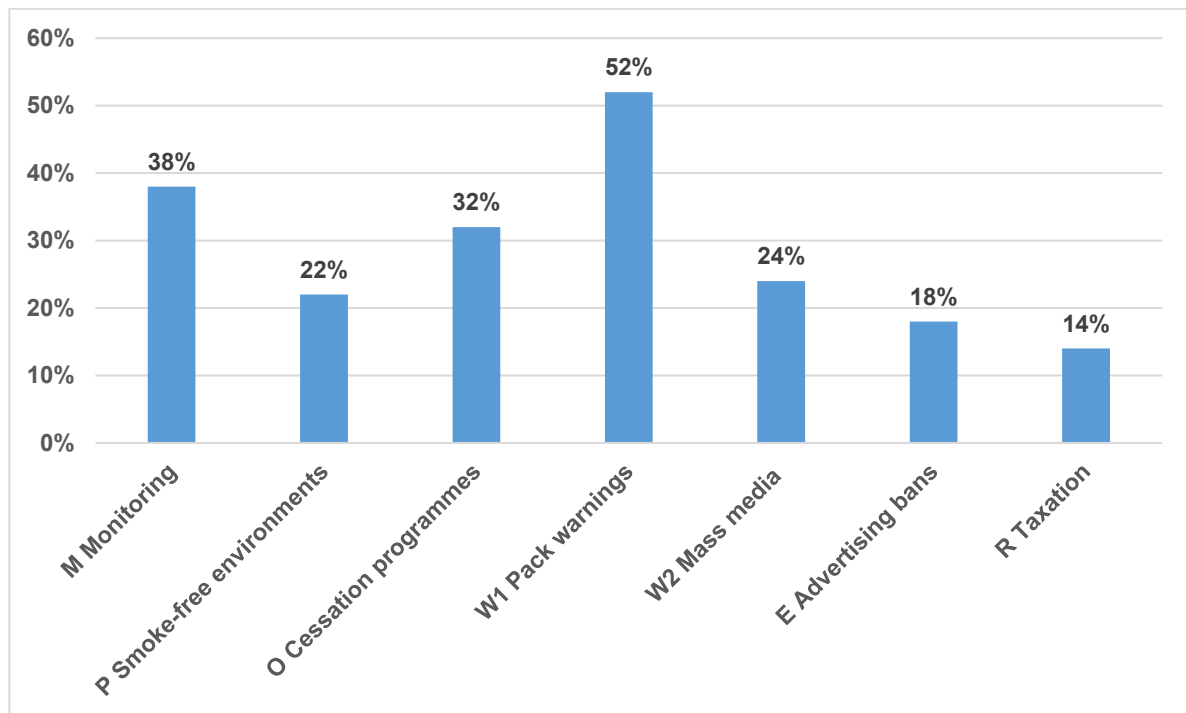


Abb. VI: Abdeckung der Weltbevölkerung durch MPOWER-Maßnahmen¹⁰ (nach WHO 2019a: 21)

Tabakkontrolle im Rahmen der NCD-Agenda

Weltweit sterben die meisten Menschen durch NCDs. So betrug ihr Anteil an den Ursachen für globale Sterbefälle in 2016 71%. Über drei Viertel dieser Sterbefälle ereigneten sich in LMIC. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krebs, Diabetes und chronischer Lungenerkrankung dominieren dabei das Geschehen (vgl. WHO 2020g). Für Tabakkontrolle wurde in diesem Rahmen das Ziel aufgestellt, eine 30%ige Reduktion der Prävalenz des Tabakgebrauchs bei Personen im Alter von 15 und mehr Jahren im Zeitraum von 2013 bis 2020 zu erreichen. Weitere Ziele im Rahmen der NCDs betreffen u. a. Alkohol, Bewegung, Salzaufnahme und Blutdruck (vgl. WHO 2013).

Akteure von Tabakkontrolle

Das „Tobacco Control Legal Consortium“ (o.J.) nennt sechs US-basierte Tabakkontrolloorganisationen (Action on Smoking and Health, American Cancer Society, Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use, Campaign for Tobacco Free Kids, CDC Foundation, John Hopkins School of Public Health) und 14 internationale (u. a. Africa Tobacco Control Consortium, European Lung Foundation, Framework Convention Alliance, Resource Centre for Tobacco Free India, Southeast Asia Tobacco Control Alliance, The Interna-

¹⁰ Note: The tobacco control policies depicted here correspond to the highest level of achievement at the national level; for the definitions of these highest categories refer to Technical Note I. (https://www.who.int/tobacco/global_report/en/, 21.10.2020).

tional Tobacco Control Policy Evaluation Project). In ihren Aktivitäten drückt sich die Vielzahl und Vielfältigkeit der Ansätze und Möglichkeiten von Tabakkontrolle aus. So beinhaltet die Bloomberg-Initiative beispielsweise eine Fördersumme von 375 Mio. US-Dollar für Tabakkontrolle in LMIC, die über fünf Partnerorganisationen koordiniert wird. Das „International Tobacco Control Policy Evaluation Project“ legt seinen Schwerpunkt auf die internationale Evaluation der Tabakkontrollinterventionen der FCTC und möchte damit auch zur Evidenzbasierung¹¹ der Maßnahmen beitragen. Die „Southeast Asia Tobacco Control Alliance“ ist multisektoral ausgerichtet und unterstützt Südostasiatische Länder in der Entwicklung und Umsetzung von Tabakkontrolle.

Mitglieder der FCA sind so verschiedene Organisationen wie z. B.: Centro de investigación para la epidemia del tabaquismo (Ciet Uruguay), Chile Libre de Tabaco/Fundación EPES, Youth and Development Consultancy Institute (YDCI, Ägypten), Nigerian Tobacco Control Alliance (NTCA), Bahrain Anti-Smoking Society, Mouvement Populaire pour la santé au Gabon, Canadian Cancer Society oder das Tanzania Tobacco Control Forum (vgl. FCA 2018a).

Einen umfassenden Ansatz verfolgt die kanadische Organisation HealthBridge. Dies beinhaltet im Rahmen von NCD-Prävention und Tabakkontrolle z. B. Vernetzung, Zusammenarbeit mit Medienpartnern, Forschung, Informationserstellung und „Advocacy“¹² (vgl. HealthBridge 2020b).

In Deutschland gibt es das Projekt „Unfairtobacco“ der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung. Es bietet Information, Bildung, Öffentlichkeitsarbeit, koordiniert das Netzwerk Kinderrechte und Tabakkontrolle und ist in weitere Netzwerke, wie z. B. die National Coalition Deutschland – Netzwerk zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention eingebunden (vgl. Unfairtobacco 2020).

Zwischenfazit: Tabakkontrolle

In diesem Unterkapitel wurde der Blick von der Problemlage im Bereich von Tabak auf individuell-menschlicher und global-kollektiver Ebene auf die Lösung des Problems gelenkt. Hierbei steht die FCTC im Fokus der Betrachtung, da sie ein internationales Instrument der Tabakkontrolle darstellt. Es wurde gezeigt, wie es zur Einrichtung dieses weltweit beispielhaften und einzigartigen Vertrags gekommen ist und mit welchen Wider-

¹¹ Auf Evidenzbasierung wird unter näher eingegangen. [d. Verf.]

¹² „Advocacy bezeichnet die organisierten Bemühungen von Bürgern, die Formulierung und Umsetzung von Gesetzgebung und Programmen zu beeinflussen, indem staatliche Stellen, internationale Finanzinstitutionen aber auch andere einflussreiche Akteure aus Politik, Wirtschaft oder Zivilgesellschaft überzeugt oder unter Druck gesetzt werden.“
(https://www.heks.ch/sites/default/files/documents/2017-01/HEKS_Konzept_Advocacy.pdf, 09.07.2021)

ständen von Seiten der Tabakindustrie die Akteure der Tabakkontrolle von Anfang an konfrontiert waren und es bis heute sind. Bei der Beschreibung der Inhalte von Tabakkontrolle aus der FCTC wird deutlich, wie umfassend und vielfältig das Thema ist und dass die FCTC lediglich den Rahmen setzt, dem zahlreiche unterschiedliche Formen von Tabakkontrolle zugeordnet werden können. Dies reicht z. B. von Rauchverboten und dem Zugang zu Entwöhnungsmedikamenten bis zu Aktivitäten gegen den illegalen Handel mit Tabakwaren und die Entwicklung von Alternativen zum Tabakanbau. Es wurde auch auf die Bedeutung der Tabakkontrolle und der FCTC im Rahmen von Menschenrechten und Versuche der Tabakindustrie, diese Rechte für ihre Zwecke zu nutzen, eingegangen. Weiterhin wurde die Agenda 2030 als ein weiteres Instrument der Tabakkontrolle dargestellt, welche die Implementierung der FCTC umfasst und darüber hinaus zahlreiche Anknüpfungspunkte mit Tabakkontrolle bietet. Es wurde außerdem dargelegt, dass es international eine Reihe von Organisationen gibt, die Tabakkontrolle primär oder sekundär auf unterschiedliche Art und Weise betreiben. Tabakkontrolle kann somit zum einen inzwischen als ein auf globaler Ebene hoch etabliertes Thema betrachtet werden, das bereits erfolgreich umgesetzt wird und Erfolge zu verzeichnen hat. Andererseits versucht die Tabakindustrie bis heute, die Tabakkontrolle zu umgehen und weiterhin zahlreiche Abnehmer ihrer Produkte zu finden. Zudem besteht auch allgemein weiterhin ein Handlungsbedarf, um Tabakkontrolle zu implementieren und zu verbessern, nicht zuletzt aufgrund der zum Teil unsicheren Verbindlichkeit der Regeln im Rahmen von Menschenrechten, der FCTC und der Agenda 2030.

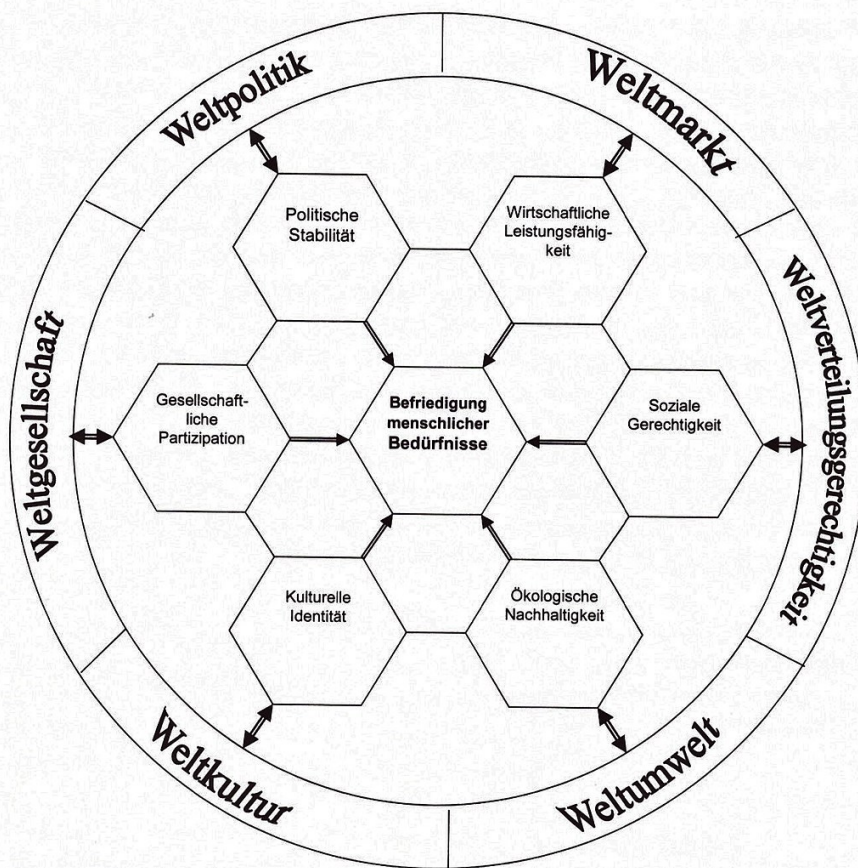
Entwicklungszusammenarbeit

Da Entwicklungszusammenarbeit das Konzept ist, in das die Arbeit von Entwicklungsorganisationen eingebettet ist, findet hier eine ausführliche Auseinandersetzung damit statt. Zunächst werden dafür die Begriffe „Entwicklung“, „Entwicklungstheorie“, „Entwicklungspolitik“ und „Entwicklungszusammenarbeit“ allgemein definiert. Dann wendet sich der Blick auf einige besondere Aspekte sowie auf die Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit. Daraufhin fokussiert sich die Perspektive auf die deutsche Entwicklungszusammenarbeit, um den Hintergrund für das Handeln von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit näher einzugrenzen.

Was ist Entwicklung?

Im Kern bedeutet der Begriff „Entwicklung“ die Entfaltung von etwas, das bereits vorhanden ist und weist eine inhaltliche Nähe zu frühkindlicher Entwicklung und zur Evolutionstheorie des frühen 19. Jahrhunderts auf. Der Begriff impliziert eine aufsteigende Bewegung (Linearität), was man auch als einen Prozess von „Fortschritt“ oder des Erreichens einer immer besseren Welt durch den Einsatz des Kräftepotenzials beschreiben kann.

Es liegt ein Bezug sowohl zur System- (Wirtschaft, Staat, Gesellschaft) als auch zur individuellen Ebene (Entwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten jedes einzelnen Menschen) vor. Dabei ist Entwicklung ein Prozess, der laut Kant (1803) auf aktiven Tätigkeiten beruht und der nicht durch passives „Entwickelt-Werden“ vollzogen werden kann. Über die genaue Definition von Entwicklung herrscht allerdings unter Experten, Entwicklungspolitikern und der Öffentlichkeit kein Konsens. Zudem ist das Verständnis von Entwicklung im Laufe der Zeit Veränderungen ausgesetzt und wird durch Werte und Interessen geprägt. In den 50er Jahren wurde Entwicklung beispielsweise mit wirtschaftlichem Wachstum gleichgesetzt, in den 60er Jahren erhielt die autochthone und emanzipative Entwicklung große Aufmerksamkeit und in den 70er Jahren prägten die Grundbedürfnisse, wie Ernährung, Gesundheit, Beschäftigung, Wohnen und Bildung den Diskurs. Während seit dem 19. Jahrhundert der Begriff der Entwicklung als Legitimationsgrundlage für die Übertragung westlicher Lebensformen auf außereuropäische Gesellschaften diente und letzteren als gesellschaftspolitischen Nachzüglern eine nachholende Entwicklung unter Teilhabe am westlichen Konsum- und Wohlstandsmodell versprochen wurde, drang in den 80er Jahren die Endlichkeit der Ressourcen ins allgemeine Bewusstsein. Da das westliche, konsumorientierte Entwicklungsmodell somit an seine Grenzen gekommen war, löste seit den 90er Jahren das Modell der nachhaltigen Entwicklung das Modell der nachholenden Entwicklung ab. Kritiker des Entwicklungsbegriffs, wie z. B. Vertreter des „Post-Developmentalismus“ halten Entwicklung für nicht realisierbar oder erstrebenswert und sehen in mit Entwicklung verknüpften Konstrukten die Möglichkeit, die Vorherrschaft der industrialisierten über die restliche Welt zu legitimieren und zu zementieren. Dem muss allerdings entgegengehalten werden, dass Entwicklung immer, auch ohne Steuerung stattfindet, dass das westliche, ressourcenausbeuterische und auf fortwährendes Wirtschaftswachstum setzende Entwicklungsmodell trotzdem von den meisten Ländern verfolgt oder angestrebt wird und dass viele Menschen weltweit darin die einzige Möglichkeit sehen, an Entwicklung und Wohlstand teilzuhaben. Zur Klärung des Begriffs der Entwicklung schlägt Menzel (2010) das „Hexagon der Entwicklung“ vor, in dem Entwicklung auf den drei Ebenen des Individuums, des gesellschaftlichen Kontexts und des globalen Rahmens stattfindet:



© Menzel

Abb. VII: Das Hexagon der Entwicklung (nach Menzel © 2010: 14)

Im Zentrum des Modells steht die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse, wobei dies materielle und immaterielle Bedürfnisse umfasst, Bedürfnisse von Gegebenheiten und Möglichkeiten abhängen und Bedürfnisse sich entwickeln, mit Entwicklung interagieren und niemals ein Endstadium erreichen. Zur Entwicklung des Individuums bedarf es förderlicher Rahmenbedingungen auf der Systemebene (wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, soziale Gerechtigkeit, ökologische Nachhaltigkeit, kulturelle Identität, gesellschaftliche Partizipation, politische Stabilität), deren Komponenten untereinander als gleichrangig betrachtet werden können und die in einem Spannungsverhältnis zum globalen Kontext (Weltmarkt, Weltverteilungsgerechtigkeit, Weltumwelt, Weltkultur, Weltgesellschaft, Weltpolitik) stehen (Stockmann 2010: 1 – 9; Menzel 2010: 11 – 15).

Weiterhin stellt auch die Agenda 2030 ein universal gültiges Konzept darüber dar, was unter Entwicklung zu verstehen ist (Klingebiel 2019: 46).

Was ist Entwicklungstheorie?

Entwicklungstheorie gehört zur Gruppe der sozialwissenschaftlichen Theorien und umfasst Entwicklungsökonomie, Entwicklungspolitologie und Entwicklungssoziologie. Allerdings kann man nicht von einer Entwicklungstheorie sprechen, sondern muss eine Vielzahl von konkurrierenden Theorien und Theoremen berücksichtigen, die sich in einem

Fluss aus Konjunktur, Opposition, Unterströmung, Renaissance und Vergessenheit bewegen, von realen Entwicklungsprozessen beeinflusst werden und sich in den Debatten des Fachs widerspiegeln. Zudem gibt es Kontroversen um Attribute von Entwicklungstheorie, wie z. B. deren Reichweite oder Allgemeingültigkeit. Analytische Entwicklungstheorie beschäftigt sich mit dem Ob, Wann, Warum und Wie von weltweiten Entwicklungsprozessen. Z. B. kann man hier das Verständnis von Entwicklungstheorie als neuer Disziplin (zeitlicher Bezug: seit Ende des Zweiten Weltkriegs und der Entkolonialisierung) von einem umfassenden Verständnis unterscheiden, bei dem das Erkenntnisinteresse Entwicklungsprozesse schlechthin umfasst (Entwicklung als Prozess, der alle Gesellschaften der Welt betrifft und mit dem Ursprung der Menschheit begonnen hat). Demnach kann man unterschiedliche Annahmen treffen, z. B., ob es weltweit gleichgerichtete Entwicklungsprozesse gibt, ob einschneidende Ereignisse der Weltgeschichte das Geschehen bestimmen oder ob man eher unterschiedliche Entwicklungswege in Betracht ziehen muss, die auch in einer Entwicklung zur Unterentwicklung münden können. Bei der normativen Herangehensweise beschäftigt man sich dagegen mit dem, was sein soll. Dies kommt bei der Formulierung von Entwicklungsstrategien, bei Politikberatung, bei Definitionen von Fortschritt und Entscheidungen zu Mitteln, Kosten, Begünstigungen oder Reihenfolgen zur Anwendung und ist von zahlreichen Faktoren, wie z. B. der Position einer Gesellschaft im Entwicklungsprozess, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen oder internationalen Interessenlagen abhängig. Paradigmen der entwicklungspolitischen Ideengeschichte sind z. B. Merkantilismus, Marxismus oder Neoliberalismus. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick und liefert eine stichwortartige Erklärung zum jeweiligen Entwicklungsverständnis:

Tab. VII: Der Wandel des Verständnisses von Entwicklung (aus Menzel 2010: 12)

Zeitraum	Paradigma	Verständnis von Entwicklung
16. – 18. Jhdt.	Merkantilismus	Staatenbildung, Machtentfaltung, Steigerung des Edelmetallvorrats durch Bergbau und Überschüsse im Außenhandel
18. Jhdt. (2. Hälfte)	Physiokratie	Rentenmaximierung, Evolution von Gesellschaft, Agrarentwicklung
19. Jhdt.	Klassik	Wohlstand der Nationen, Steigerung der Arbeitsproduktivität
	Neomerkantilismus	Nachholende Industrialisierung, Steigerung der Produktiven Kräfte
	Neoklassik	Wirtschaftswachstum

Zeitraum	Paradigma	Verständnis von Entwicklung
	Klassische Soziologie	Rationalisierung, Arbeitsteilung, Soziale Differenzierung
1920er	Marxismus	Ursprüngliche sozialistische Akkumulation, Aufbau des Sozialismus
1940er	Keynesianische Entwicklungsökonomie	Wirtschaftswachstum, Importsubstitutionsindustrialisierung
1950er	Modernisierungstheorie	Wachstum, Staatenbildung, Sozialer Wandel, Mentaler Wandel
1960er	Dependenztheorie	Autozentrierte Kapitalakkumulation, Massenkonsumgüterindustrialisierung
1970er	Alternative menschliche Entwicklung	Stärkung menschlicher Kapazitäten, Grundbedürfnisbefriedigung, Nachhaltigkeit
1980er	Neoliberalismus	Wirtschaftswachstum durch Strukturanpassung und Exportorientierung
1990er – 2000er	Post-development	Rückkehr zur Subsistenzorientierung traditioneller Gemeinschaften
	Institutionenökonomik	Institutionenbildung, Gute Regierungsführung

Seit den 1990er Jahren ist eine stagnierende Weiterentwicklung der Entwicklungstheorie mit globaler Reichweite zu beobachten sowie eine thematische Überfrachtung (z. B. Wiederentdeckung der Kultur, Feminismuskonzeption, Ökologieproblematik). Gleichzeitig hat sich eine Differenzierung der Entwicklungsländer in wirtschaftlicher Hinsicht in die Schwellenländer Ost- und Südostasiens, die OPEC-Länder, stagnierende klassische Entwicklungsländer (z. B. Argentinien) und absolut arme Länder vollzogen. Zudem hat eine politische Differenzierung stattgefunden, die durch Demokratisierung vs. anhaltenden Autoritarismus vs. Refundamentalisierung gekennzeichnet ist. In diesem Rahmen wurde widerlegt, dass Wirtschaftswachstum automatisch zu Demokratisierung führt. Dagegen erfolgte in Ländern wie Südafrika, Argentinien oder den Philippinen eine Demokratisierungswelle, die man nicht erwartet hätte. Mit dem Ende der sogenannten „Dritten Welt“ ist die Entwicklungstheorie in die Krise geraten (vgl. Menzel 2010).

Was ist Entwicklungspolitik?

Man kann Entwicklungspolitik als Abfolge verschiedener Entwicklungsstrategien verstehen (Stockmann 2010a: 357). Entwicklungsstrategien stehen wiederum in einem engen

Zusammenhang mit Entwicklungstheorie, welche durch reale Ereignisse und Erfahrungen oftmals angepasst oder auch verworfen wird (Menzel 2010: 15 - 16).

Während Entwicklungspolitik eine moderne Erscheinung ist, die sich erst nach dem Zweiten Weltkrieg herausbildete, reichen ihre Wurzeln bis in die Vergangenheit der europäischen Kulturgeschichte zurück. Sie ist somit mit der christlichen Ethik, mit der Aufklärung und mit der Durchsetzung von Menschen- und Bürgerrechten geschichtlich verbunden. Allerdings ging von Anfang an auch eine gewisse Zweideutigkeit der Motive und Interessen mit der Entwicklungspolitik einher. So wurde es in den kolonialen Imperien des 16. und 17. Jahrhunderts als sittlich vertretbar angesehen, andere Kulturen auszu-beuten und zu missionieren. Die einstigen Kolonialmächte wollten auch nach dem Zweiten Weltkrieg ihren Einfluss nicht verlieren, hatten den Anspruch, die Welt neu zu ordnen und sich gegen den Kommunismus durchzusetzen. Dadurch ist Entwicklungspolitik bis heute ein eher unscharfer Begriff, eng mit anderen Politikfeldern verquickt und einem hohen Instrumentalisierungsrisiko ausgesetzt. In Deutschland ist Entwicklungspolitik z. B. Teil der Außen- und Außenwirtschaftspolitik und somit Bestandteil der Interessenvertretung gegenüber anderen Staaten, an die Gesamtpolitik der Bundesregierung gebunden und wird oftmals den außen- oder außenwirtschaftspolitischen Interessen untergeordnet. Weitere Politikfelder, die mit Entwicklungspolitik verknüpft sind, sind z. B. die Innenpolitik (Ein- und Auswanderung) oder die Verteidigungspolitik (Auslandseinsätze der Bundeswehr). Die Chance der Entwicklungspolitik liegt heutzutage darin, die Gesamtpolitik und ihre einzelnen Politikfelder hin zu einer globaleren Ausrichtung zu beeinflussen (Stockmann 2010a: 351 – 357).

Beim allgemeinen Politikbegriff sind drei Dimensionen zu unterscheiden:

1. Institutionelle Dimension (polity)

- Festgelegt durch Verfassung, Rechtsordnung und Tradition
- In Deutschland:
 - Lediglich Definition des „Entwicklungshelfers“ und seiner sozialen Sicherung im Entwicklungshelfer-Gesetz
 - Debatten über und Regierungserklärungen zur Entwicklungspolitik im Parlament
 - Ministerielle Vertretung seit 1961 durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)
 - Lange Tradition der Entwicklungspolitik

2. Normative inhaltliche Dimension (policy)

- Ziele, Aufgaben, Gegenstände der Politik
- Entwicklungsbegriff ist bereits normativ: Festlegung auf Existenz von Veränderung und „Fortschritt“; Glaube, dass Entwicklung machbar und steuerbar sei
- BMZ orientiert sich an der Vision einer besseren Welt (Freisein von Furcht, Not und ökologischer Zerstörung, Wahrung der Gestaltungsmöglichkeiten künftiger Generationen)

3. Prozessuale Dimension (politics)

- Vermittlung von Interessen durch Konflikt und Konsens
- Prozess der politischen Willensbildung und Interessenvermittlung durch Vielzahl von staatlichen, halbstaatlichen und zivilgesellschaftlichen Organisationen
- Entwicklungspolitik wird von zahlreichen Ressorts mitgestaltet und wirkt andererseits in viele Ressorts hinein (ebd.: 351 – 353¹³).

Die Grundgedanken von Entwicklungsbemühungen sind:

- Überwindung der Armut
- Legitimierung der Entwicklungspolitik nach innen über Hinweis über eigenen gesellschaftlichen Nutzen
- Legitimierung nach außen durch externe Bedrohungen
- Nachholende Entwicklung für jedes Land erreichbar, Leitbild der kapitalistischen Wohlstandsgesellschaften
- Kapitalistische Weltwirtschaft als Entwicklungsweg
- Wirtschaftliches Wachstum durch Wissenschafts- und Technologietransfer und ergänzt durch das Konzept der Nachhaltigkeit (sozialer Ausgleich, ökologische Verträglichkeit; ebd.: 358 – 359)

Im Dekadenmodell der UN werden die Entwicklungsbemühungen der Entwicklungspolitik in vier Abschnitten beschrieben:

Pionierphase der Entwicklungspolitik (ca. 1950 – 1960) und erste Entwicklungsdekade (ca. 1960 – 1970)

Diese Zeit war geprägt von Optimismus und dem Glauben daran, dass Entwicklung durch Nachahmen und Aufholen für alle möglich sei. Der Begriff der Modernisierung stand dafür, dass der jeweils aktuelle Zustand in Westeuropa und Nordamerika für alle Gesellschaften anzustreben sei. Dabei wurde dem Staat eine tragende Rolle zugesprochen und Entwicklung wurde als Wirtschaftswachstum verstanden. Insbesondere stand

¹³ Zitiert nach von Alemann 1991: 492 (Stockmann 2010a: 351).

die Integration der Entwicklungsländer in den Weltmarkt im Vordergrund und man erkannte, dass zu Entwicklungspolitik neben Entwicklungszusammenarbeit auch die Gestaltung der außenwirtschaftlichen Rahmenbedingungen gehört. Allerdings traten die erhofften Wirkungen der Modernisierungstheoretiker nicht ein. Ein Bericht des kanadischen Premierministers und Friedensnobelpreisträgers Lester B. Pearson zeigte zwar, dass mehr als 30 Nationen höhere Wachstumsraten erzielten als westliche Länder auf vergleichbarer Entwicklungsstufe. Allerdings hatte gleichzeitig auch die Armut zugenommen und das Wachstum war ungleich verteilt. Man kam zu dem Schluss, dass Entwicklungszusammenarbeit in ihrer bisherigen Form weitgehend gescheitert sei (ebd.: 359 – 362).

Zweite Dekade: Neuausrichtung der Entwicklungspolitik (1970 – 1980)

In dieser Zeit fokussierte man sich stärker auf die konkreten Lebensbedingungen in den Entwicklungsländern und orientierte sich somit erstmalig an den Bedürfnissen und Bedingungen der sogenannten „Dritten Welt“. Die Armutsbekämpfung rückte in den Vordergrund und arme Bevölkerungsanteile sollten einen stärkeren Nutzen aus dem Wirtschaftswachstum ziehen können. Theorien, wie Imperialismus- und Dependenztheorie, welche die Benachteiligung des Südens betonen, hatten Konjunktur (ebd.: 362 – 365).

Dritte Dekade: Verlorenes Jahrzehnt (1980 – 1990)

Trotz der Entwicklungserfolge in den sog. „Tigerstaaten“ (Südkorea, Taiwan, Singapur, Hongkong) und in der Volksrepublik China wurde zu Beginn dieser Phase die allgemeine Lage der Entwicklungsländer als überaus nachteilig wahrgenommen. Der sogenannte „Brandt-Report“ berichtete von exorbitanter Verschuldung, Verschlechterung der Terms of Trade und entwicklungshemmenden Strukturen. Viele Kritiker sahen die Ursachen im Staatsversagen und in inkompetenten Bürokratien und forderten eine radikale Umkehr hin zu Entstaatlichung, Deregulierung, Liberalismus und Privatinitiative. Durch Weltbank, IMF u. a. wurden leidenden Volkswirtschaften Strukturanpassungsprogramme empfohlen („Konsens von Washington“). Diese forderten wirtschaftliche Stabilisierung, marktwirtschaftliche Deregulierung und Privatisierung sowie die Liberalisierung des Außenhandels und wurden zum Teil mit starkem Druck durchgesetzt. Aufgrund einer auch hier ausbleibenden Hoffnungserfüllung und der Verschlechterung der Lage der Menschen in vielen Entwicklungsländern entstand eine erneute Gegenbewegung, diesmal gegen den Markt-optimismus. Damit setzte ein Erkenntnisprozess ein, der u. a. in der Kritik des grenzenlosen Wachstums, in der Vernetzung der Welt (Eine-Welt-Gedanke), in der Gleichsetzung von Wirtschafts- und Sozialentwicklung, in einem Streben nach einer integrativen globalen Politikstrategie und in dem Willen zur Erhaltung der Natur lag. Hier begann zu-

dem ein umfassender Austausch über die globalen Entwicklungen in Form von internationalen Konferenzen (z. B. Weltsozialgipfel in Kopenhagen 1995, United Conference on Environment and Development in Rio de Janeiro 1992). Eine besondere Rolle spielt das Leitbild der „nachhaltigen Entwicklung“, welches auf der Ebene der horizontalen Integration die Zieldimensionen Ökologie, Ökonomie und Soziales, auf der Ebene der intergenerationalen Integration die Bedürfnisse heutiger und zukünftiger Generationen und auf der Ebene der vertikalen Integration die lokale (Handlungs-) Ebene und die globale (Steuerungs-) Ebene umfasst (ebd.: 365 – 372).

Festzuhalten bleibt, dass Wirtschaftswachstum weiter die Grundlage für entwicklungspolitisches Handeln darstellte. Nur sollte dies nun ökologisch verträglich sein und sozial gerecht verteilt werden. Über die Rolle des Staates gab es dagegen stärkere Differenzen. Man wurde sich weiterhin der Komplexität von Entwicklung bewusst und erkannte zunehmend, dass dabei verschiedene Komponenten gleichzeitig berücksichtigt werden müssen. Folgende Lehren aus der Erfahrung der Entwicklungspolitik können festgehalten werden:

- Konzept der nachhaltigen Entwicklung ist unverzichtbar
- Globalität: Schicksal der Menschen ist über Weltmärkte, in sozialer und ökologischer Hinsicht sowie über Gegenwart und Zukunft miteinander verknüpft
- Balance zwischen Staat und Markt: starker Staat (z. B. Rechtssicherheit, funktionierende Institutionen, Sicherheit nach innen und außen) ist notwendig, kann zeitweise protektionistisch agieren und ebenso Marktöffnungen implizieren
- Es gibt kein Patentrezept für alle
- Entwicklung muss von innen erfolgen, von außen induzierte Entwicklungsmaßnahmen können nur einen (kleinen) Beitrag leisten
- Entwicklungspolitik braucht Kohärenz (zwischen Gebern und Politikfeldern): Entwicklungspolitik sollte sich gegenüber anderen Politikfeldern stärker durchsetzen
- Bei sogenannten „failed states“ müssen humanitäre Interventionen ermöglicht werden (ebd.: 373 – 374).

Vierte Dekade: Neue Entwicklungsdekade (2000 – 2010)

Die postulierten Ziele der Weltkonferenzen der dritten Dekade setzten hier wichtige Impulse. Trotz einer gewissen Unüberschaubarkeit anhand hoher Teilnehmerzahlen förderten diese Veranstaltungen das gegenseitige Verstehen, Arbeitsbeziehungen und Kontakte. Zudem erreichten sie eine hohe Medienaufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, beeinflussten die politische Debatte, boten Chancen zum politikfeldübergreifenden Lernen und

für eine aktive zivilgesellschaftliche Beteiligung. Die zum Teil als wenig präzise und verbindlich kritisierten Abschlussdokumente (z. B. keine Sanktionen bei Nicht-Einhalten von Vereinbarungen) hatten trotzdem eine nicht zu unterschätzende Wirkung und können bis in die Gegenwart als Druckmittel für Regierungen eingesetzt werden. Neben den Konferenzen war die Neuausrichtung der Politik auch das Ergebnis von z. B. Tagungen und politischen und diplomatischen Abstimmungsprozessen. Weiterhin waren hier die weltweiten Rahmenbedingungen, wie der Wegfall des Ost-West-Konflikts, der aufkommende Terrorismus, stärker werdende Umweltgefahren (z. B. Desertifikation, Abschmelzen der Pole, Vernichtung der Urwälder) und Veränderungen des politischen Weltgefüges (Erstarken asiatischer und lateinamerikanischer Volkswirtschaften) ausschlaggebend.

Ergänzend zu den Lehren aus der dritten Dekade können hier folgende Veränderungen in den Erkenntnissen genannt werden:

- Globale Probleme erfordern globale Lösungen
- Entwicklungspolitik ist globale Strukturpolitik
- Führungsrolle der Partnerländer bei der Umsetzung von Entwicklungspolitiken und –strategien (Ownership)
- Anerkennung, dass Industrieländer mehr Mittel für Entwicklungszusammenarbeit aufwenden müssen
- Pflicht der Partnerländer, entwicklungsförderliche Strukturen zu schaffen (Good Governance)
- Priorität des Capacity Buildings, um gute Staatsführung und funktionierende Institutionen zu fördern
- Wirkungsorientierung der Entwicklungszusammenarbeit
- Überprüfbarkeit durch Zielgrößen und Indikatoren (Stockmann 2010a: 373 - 394).

Was ist Entwicklungszusammenarbeit?

Aus den vorhergehenden Ausführungen kann man ableiten, dass Entwicklungstheorie und Entwicklungspolitik den Rahmen für Entwicklungszusammenarbeit bilden. In Entwicklungszusammenarbeit drückt sich dagegen die praktische Seite des Feldes aus. Sie ist durch konkrete Strategien und die Umsetzung von Theorie und Politik charakterisiert. Allerdings werden Entwicklungstheorie und Entwicklungspolitik ihrerseits von Entwicklungszusammenarbeit beeinflusst, da Ergebnisse und die Erprobung unterschiedlicher Strategien zu deren Richtung, Änderungen, Verwerfungen u. ä. beitragen.

Laut Klingebiel (2013) ist die Entwicklungszusammenarbeit ein relativ neues Konzept der internationalen Beziehungen, das erst nach dem Zweiten Weltkrieg Bedeutung erlangte

und dazu dient, Länder in ihren Bemühungen um sozialen und wirtschaftlichen Fortschritt zu unterstützen. Wie bereits beschrieben, sind die Interessen und Motive der Entwicklungszusammenarbeit divers und nicht immer widerspruchsfrei. Zum einen stehen dabei Eigeninteressen im Vordergrund, wie z. B. das Erreichen außenpolitischer Ziele, das Aufrechterhalten der Beziehungen zu den ehemaligen Kolonien oder die Sicherung des Zugangs zu Rohstoffen und Märkten. Weiterhin kann eine Überschneidung der Ziele mit Bereichen, wie Fragen des Asyls oder mit langfristigen globalen Zielsetzungen festgestellt werden (z. B. Klimawandel). Zum anderen geht mit Entwicklungszusammenarbeit aber auch ein genuines Interesse einher, zu helfen und insbesondere Armut zu verringern. Innerhalb dieses Interessengebiets sind traditionell Kirchen und zivilgesellschaftliche Gruppen besonders engagiert. Allerdings kann das Verfolgen von Eigeninteressen auch hier nicht ganz ausgeschlossen werden.

Definition und Ziele

Um Entwicklungszusammenarbeit zu definieren, schlagen Alonso und Glennie (2015) vier Kriterien vor, die erfüllt sein müssen. Zur Abgrenzung der Entwicklungszusammenarbeit von anderen Formen der internationalen Kooperation sollen ihr einerseits international beschlossene Übereinkünfte, wie z. B. die SDGs zugrunde gelegt werden, auch wenn deren Universalität dies zum Teil erschwert. Zweitens soll Entwicklungszusammenarbeit als eine Maßnahme verstanden werden, die Marktversagen korrigiert und gegen Entwicklungsbarrieren angeht. Somit soll ihre Ausrichtung grundsätzlich gemeinnützig und nicht kommerziell sein. Das kann allerdings im Einzelfall bedeuten, lediglich geringere Margen in Kauf zu nehmen, als durch Marktkonditionen erreicht würden oder z. B. Anreize für kommerzielle Aktivitäten zu schaffen, die eine positive Entwicklungswirkung haben. Drittens sollte klar sein, dass Entwicklungszusammenarbeit einzig und allein auf die Chancen der Entwicklungsländer ausgerichtet ist und die damit einhergehenden Schwierigkeiten und Herausforderungen in Kauf genommen werden müssen. Schließlich wird betont, dass die Beziehung zwischen Geber- und Partnerländern kooperativ und nicht hierarchisch sein soll. Die Souveränität der Partnerländer muss anerkannt werden, und Entwicklungszusammenarbeit soll die vorhandenen Ressourcen und Kapazitäten lediglich ergänzen, um den Entwicklungsprozess zu unterstützen. In der Zielsetzung soll Entwicklungszusammenarbeit dazu beitragen, dass universelle soziale Standards erreicht und Menschenrechte verwirklicht werden, dass eine Anhebung der Lebensstandards stattfindet, Wohlbefinden gefördert und extreme internationale Ungleichheiten vermindert werden sowie dass globale öffentliche Güter (engl. Global Public Goods) zur Verfügung gestellt werden können.

Laut Sangmeister und Schönstedt (2010: 17) wird Entwicklungszusammenarbeit durch einen Ressourcentransfer definiert, bei dem diejenigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die ein Land nicht zur Verfügung hat oder die es sich nicht durch kommerzielle außenwirtschaftliche Transaktionen beschaffen kann. Dies können zum einen mehr, zum anderen auch bessere Ressourcen sein (z. B. Technologien, Produktionsmethoden).

Regeln und Standards

Die Regeln der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (engl. Official Development Assistance, ODA) werden vorrangig im Entwicklungsausschuss (engl. Development Assistance Committee, DAC) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (engl. Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) bestimmt. Um Entwicklungsländer abzugrenzen, stellt der DAC eine Liste zur Verfügung, die schwerpunktmäßig auf dem „Pro-Kopf-Einkommen“ basiert und die alle drei Jahre erneuert wird. Hier werden „Least Developed Countries“, „Other Low Income Countries“, „Lower Middle Income Countries and other Territories“ und „Upper Middle Income Countries and Territories“ unterschieden¹⁴. Bei den Leistungen muss es sich zudem um Zuschüsse oder vergünstigte Darlehen handeln, bei denen das Zuschusselement mindestens 25% beträgt. Die inhaltliche Abgrenzung von ODA ist politisch umstritten. Um die Leistungen erfassen und vergleichen zu können, liegt aber eine einheitliche Definition im Interesse der ODA-Geberländer. ODA-Leistungen werden grundsätzlich als Transfer von Mitteln (Geld/Kredite, Beteiligungen, Waren, Dienstleistungen) in Entwicklungsländer verstanden und umfassen Beiträge an internationale Organisationen zugunsten von Entwicklungsländern sowie Schuldenerlässe (Anrechenbarkeit). Öffentliche Ausgaben für Entwicklung im Geberland, die als ODA angerechnet werden können, sind z. B. Leistungen an Staatsangehörige von Entwicklungsländern (z. B. Studienplatzkosten, Aufwendungen für Geflüchtete), entwicklungsländerspezifische Forschung, Ausgaben für entwicklungspolitische Bewusstseinsbildung oder allgemeine Verwaltungskosten im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit. Dabei werden tatsächlich geleistete Auszahlungen sowie Beiträge (z. B. an multilaterale Entwicklungsbanken und –fonds) in Form von Schuldscheinen oder Kredite an Entwicklungsländer berücksichtigt. Da seit etwa 1970 vereinbart wurde, dass wohlhabende Staaten mehr Mittel für Entwicklungszusammenarbeit bereitstellen sollten (0,7% der Wirtschaftskraft) haben Geber ein Interesse

¹⁴ DAC List of ODA Recipients/Effective for reporting on 2020 flows (<http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/DAC-List-of-ODA-Recipients-for-reporting-2020-flows.pdf>, 02.10.2020).

daran, dass möglichst viele ihrer Leistungen in internationalen Statistiken der Entwicklungszusammenarbeit erfasst werden (vgl. BMZ 2010 – 2020d; Klingebiel 2013).

Umfang

Der Umfang von Entwicklungszusammenarbeit durch die OECD-Geberländer betrug in 2011 134 Mrd. US-Dollar und entsprach damit 0,31% des BNP, gemessen an ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft. Nach vorläufigen Angaben wurden in 2019 ca. 152,8 Mrd. US-Dollar für Entwicklungszusammenarbeit durch die OECD-Geberländer aufgewendet. Die folgende Abbildung stellt die Reihenfolge der Geber, gemessen an ihrem jeweiligen Volumen für Entwicklungszusammenarbeit, dar:

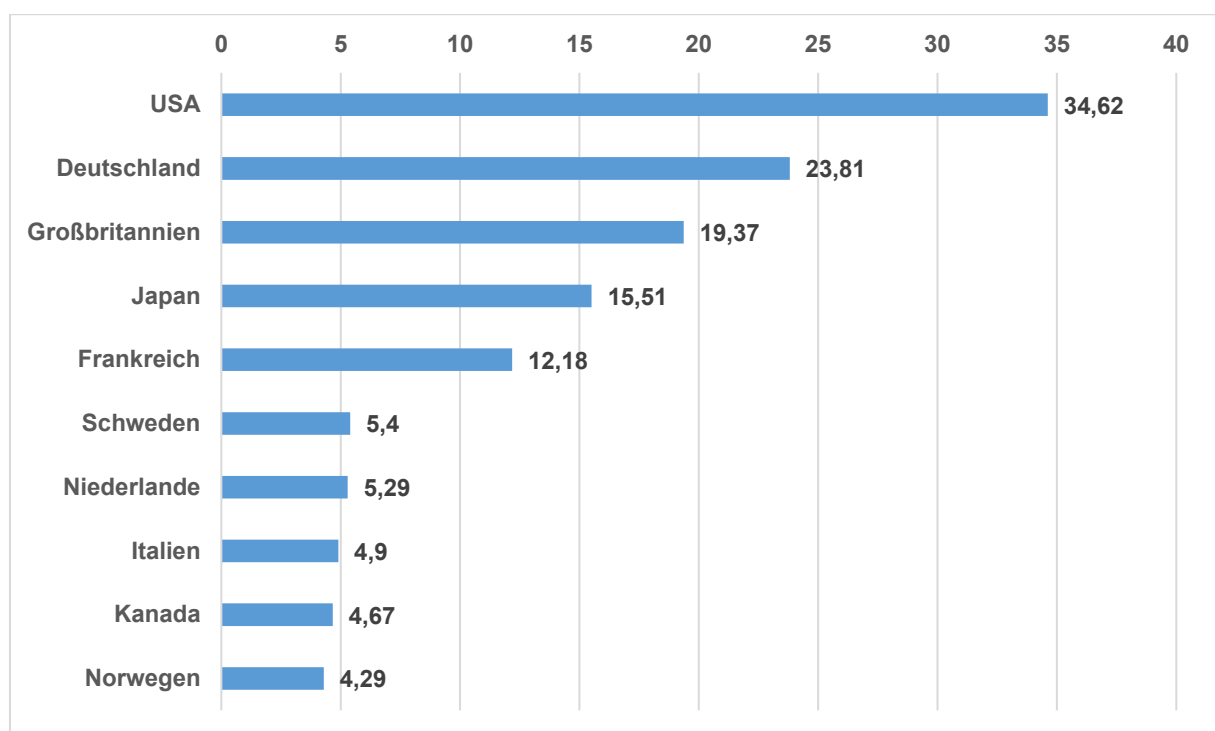


Abb. VIII: Größte EZ-Geberländer 2019 (Netto-ODA in Mrd. US-Dollar; nach Statista, 2020c)

Die Relation zwischen Wirtschaftsausgaben und Aufwendungen für Entwicklungszusammenarbeit zeigt jedoch, dass kleinere Länder, wie Norwegen, Luxemburg, Schweden, Dänemark und die Niederlande oftmals stärker engagiert sind und teilweise mehr als 0,7% ihres jährlichen BNP einsetzen. Bei Betrachtung der gesamten Finanzströme in Entwicklungsländer nehmen die privaten Finanzströme gegenüber Mitteln für Entwicklungszusammenarbeit deutlich zu und überholen diese in vielen Entwicklungsregionen. Gleichzeitig sind in armen und fragilen Ländern, insbesondere in SSA Mittel für Entwicklungszusammenarbeit weiterhin essenziell und werden anteilig auch als Humanitäre Hilfe bereitgestellt (8,4% der OECD-DAC EZ in 2011). Wenn die Bereitstellung von Entwick-

lungszusammenarbeit mit der Verpflichtung verknüpft ist, Waren, Dienstleistungen oder Beratungsleistungen aus dem Geberland zu beziehen, spricht man von liefergebundenen Leistungen. Da diese durchschnittlich teurer und oftmals qualitativ schlechter als internationale Ausschreibungen sind, werden sie entwicklungspolitisch kritisiert. Ihr Anteil an der Entwicklungszusammenarbeit betrug in 2011 17% (vgl. Statista 2020c; Klingebiel 2013).

Bedeutung von Entwicklungszusammenarbeit für Entwicklungsländer

Der Grad der Abhängigkeit eines Landes von Entwicklungszusammenarbeit wird durch das Verhältnis von Entwicklungszusammenarbeit zur Wirtschaftskraft (EZ/BNE) oder des absoluten EZ-Beitrags pro Einwohner (EZ pro Kopf) gemessen. Im Durchschnitt aller Entwicklungsländer lag das Verhältnis EZ/BNE in 2010 bei 0,68%. Über diesem Durchschnitt lagen SSA mit 4,2% und Ozeanien mit 13,2%. Einzelne Länder stachen durch Anteile von 39,8% (Burundi) oder 34,4% (Afghanistan) hervor. Weiterhin macht sich Entwicklungszusammenarbeit durch ihren Anteil an öffentlichen Budgets bemerkbar. Auch hier fallen hohe Werte für SSA auf. Pro Kopf erstrecken sich EZ-Beiträge beispielsweise von 51,1 in SSA, über 221,6 in Ozeanien bis zu 607 US-Dollar in den Palästinensischen Gebieten (2010). Zu erwähnen ist, dass die Bedeutung von Rücküberweisungen (engl. Remittances) als Finanzierungsquelle neben Entwicklungszusammenarbeit und ausländischen Direktinvestitionen stark zugenommen hat (Klingebiel 2013: 11).

Die folgende Grafik zeigt, in welcher Höhe ODA-Mittel in 2017/2018 in verschiedene Entwicklungsregionen geflossen sind:

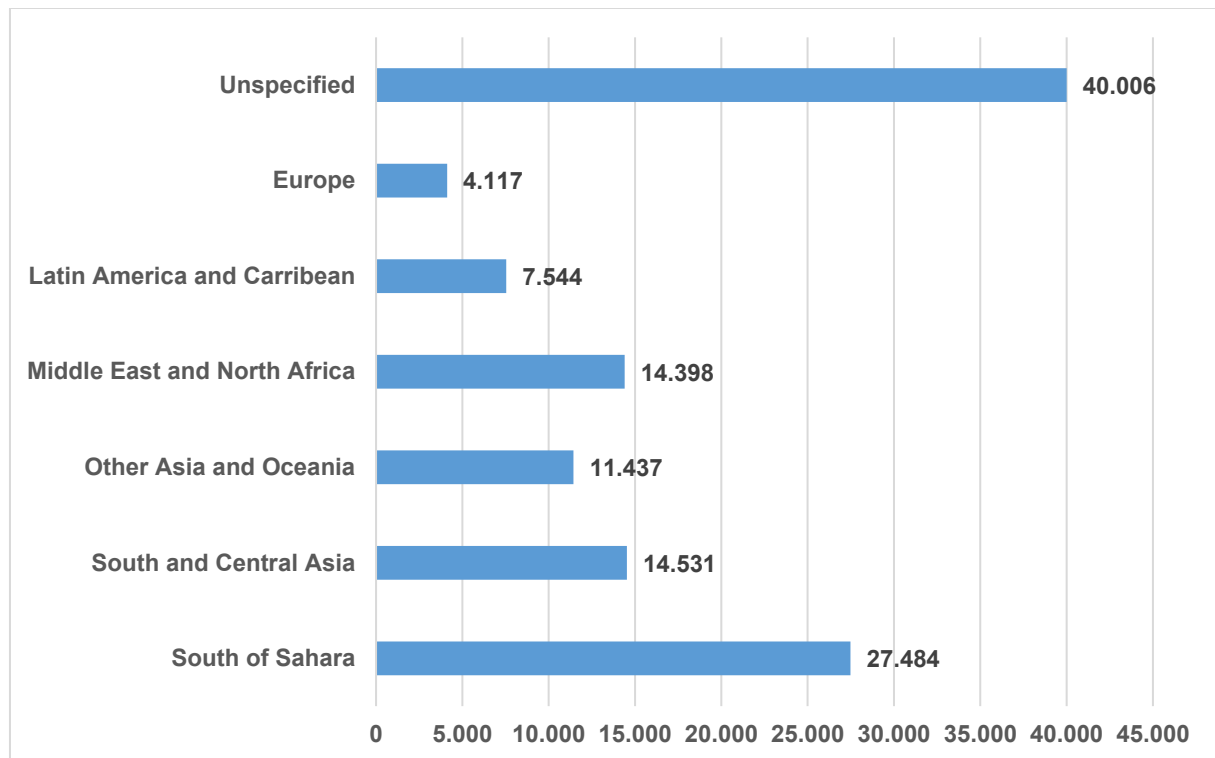


Abb. IX: Bruttobetrag der bilateralen ODA 2017 – 2018 nach Regionen (Durchschnitt, Mio. US-Dollar; nach OECD-DAC, o.J.)

Bi- und multilaterale Entwicklungszusammenarbeit

Die bilaterale Entwicklungszusammenarbeit, bei der diese von einem einzelnen Staat vergeben und die normalerweise gegenüber der multilateralen Entwicklungszusammenarbeit bevorzugt wird, hat Vorteile, wie z. B. die unmittelbare Mitbestimmung (Themen, Länder), die hohe Sichtbarkeit im eigenen und im Partnerland, das Einbringen von Eigeninteressen oder die hohe Flexibilität. Dagegen kann auch die multilaterale Entwicklungszusammenarbeit, die von internationalen Einrichtungen vergeben wird, Vorteile aufweisen. Das sind z. B. die Mitwirkung an Entscheidungsprozessen (Erhöhung der Legitimität der EZ), Meistern großer Aufgaben durch „Pooling“, Vermeidung von kleinteiligem Vorgehen („Projektitis“), die Beteiligung an anderen Aufgaben (Normsetzung und Koordinierung) oder auch der Vorzug multilateraler Akteure bei der Bereitstellung globaler öffentlicher Güter. Problematisch ist dagegen die hohe Zahl an multilateralen Akteuren, wobei im Kern der Europäische Entwicklungsfonds und das Budget für Entwicklungszusammenarbeit der EU, die Weltbankgruppe, die Asiatische und Afrikanische Entwicklungsbank, die UN-Fonds und -Programme und der Global Fund zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria die Hauptakteure sind (Klingebiel 2013: 24 – 28).

Umsetzung von Entwicklungszusammenarbeit

Je nach den Bedingungen in den Partnerländern werden unterschiedliche Formen von Entwicklungszusammenarbeit zur Verfügung gestellt. Bei der Technischen Zusammenarbeit soll eine Förderung über die Bereitstellung von Wissen stattfinden. Dies wird auch der Kapazitätsentwicklung zugeteilt. Bei der Finanziellen Zusammenarbeit werden Ressourcen zur Verfügung gestellt, die für notwendige Investitionen oder Ausgaben genutzt werden können. Die Kritik an beiden Konzepten zielt auf das hohe Eigeninteresse und die Angebotsorientierung der Geberländer sowie auf das Setzen von Fehlanreizen (wenn z. B. ein schlechtes Management in einem Entwicklungsland nicht behoben, sondern durch finanzielle Zuschüsse sogar noch begünstigt wird). England und Japan haben sich von dieser instrumentellen Trennung abgewandt. Eine weitere Unterscheidung kann zwischen Projekten und Programmen getroffen werden. Bei Projekten ist die Gefahr, dass sie zu sehr von außen aufgestülpt und zu wenig in lokalen Strukturen verankert werden. Sie können zwar möglicherweise gut ausgestattet und flexibel, aber ihre Gesamtwirkung kann begrenzt und nachteilig sein, wenn z. B. leistungsfähiges Personal aus der Administration des Partnerlandes abgeworben wird. Programmfinanzierung, z. B. über die Budgethilfe soll vorhandene Programme auf der Partnerseite unterstützen und ist insofern stärker in lokalen Strukturen verankert. Dies erfordert ein gutes Verhältnis zwischen Geber- und Nehmerseite und vertrauenswürdige Strukturen auf der Nehmerseite. Da Entwicklungszusammenarbeit häufig an Inputs und Prozessen orientiert ist, findet seit vielen Jahren eine verstärkte Debatte über die Zielorientierung der Entwicklungszusammenarbeit statt. Unklarheit besteht z. B. oftmals darin, ob die eigentlichen Ziele der Entwicklungszusammenarbeit überhaupt erreicht werden und wenn ja, welchen Anteil die Entwicklungszusammenarbeit an Ergebnissen hat (Klingebiel 2013: 43 – 54).

Alonso und Glennie (2015) beschreiben dagegen drei Typen von Entwicklungszusammenarbeit: Finanztransfers und Sachleistungen, Kapazitätsunterstützung und politischen Wandel. Finanzielle Mittel stellen in diesem Rahmen die Grundlage traditioneller Hilfe dar. Sie sind nach wie vor wichtig und Voraussetzung für eine Vielzahl von Aktivitäten, so auch für den Aufbau von Kapazitäten und für politischen Wandel. Die Bedeutung von Sachleistungen (Nahrungsmittelhilfe, Kleidung) hat dagegen abgenommen, gerade auch, weil sich diese als nachteilig für lokale Strukturen erwiesen haben. Die Kapazitätsunterstützung wird als besonders geeignet für Länder beschrieben, die bereits auf einem erfolgreichen Weg und nicht mehr auf finanzielle Hilfen angewiesen sind. Dagegen wird beschrieben, dass im Bereich von organisationalen Ressourcen und menschlichem Potenzial eher die Überzeugung eingetreten sei, dass man aufgrund der kontextualen Un-

terschiede und bedingt durch Verständnisschwierigkeiten wenig erreichen könne. Mehr Bedeutung wird der Zusammenarbeit auf technologischem Gebiet eingeräumt. Bei der Kapazitätsunterstützung auf politischer Ebene hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass man vorhandenen Prozessen mehr Geltung einräumen muss. Der politische Wandel bezieht sich auf die Entwicklungsorientierung und Kohärenz der Politikfelder innerhalb von Geberländern. International heißt das, die Voraussetzungen für Entwicklung und die Bereitstellung globaler öffentlicher Güter zu verbessern.

Demzufolge stellen die Autoren folgende Übersicht über Entwicklungszusammenarbeit zusammen:

Tab. VIII: Was ist Entwicklungszusammenarbeit? (übersetzt aus Alonso und Glennie 2015)

Ziel	Eigenschaften	Typen
Garantie von universellen Standards sozialen Schutzes	Unterstützung nationaler und internationaler Entwicklungsprioritäten	Finanztransfers (und Sachleistungen)
Annäherung der weltweiten Lebensstandards	Keine Gewinnorientierung	Kapazitätsunterstützung
Unterstützung von Entwicklungsländern bei der Erbringung internationaler öffentlicher Güter	Bedürfnisse von Entwicklungsländern haben Priorität	Politischer Wandel
	Kooperation auf Augenhöhe, Ownership der Entwicklungsländer	

Weiterhin stellen sie spezifische Modalitäten und Instrumente zu den Typen der Entwicklungszusammenarbeit heraus, wobei eine Unterscheidung des öffentlichen und des privaten Bereichs vorgenommen wird:

Tab. IX: Typen, Modalitäten und Instrumente der Entwicklungszusammenarbeit (übersetzt aus ebd.)

Typ	Wesentliche Modalitäten	Instrumente (Bsp.)
ÖFFENTLICHE ENTWICKLUNGZUSAMMENARBEIT		
Finanztransfers (und Sachleistungen)	Zuschüsse, Beihilfen, Zuwendungen	Generelle Budgethilfen Investitionsprojekte Unterstützung von NRO Beiträge für multilaterale Institutionen Mehr-Geber-Fonds
	Darlehen und Eigenkapital (und Quasi-Eigenkapital) Investitionen	Konzessionäre Kredite Mehr-Geber-Treuhandfonds <i>Hilfe für Handel (Darlehen)</i> ¹⁵ <i>Darlehen mit niedrigerer Konzessionalität als ODA</i> <i>Konsortialkredite</i> <i>Eigenkapitalinvestitionen</i> <i>Mezzaninfinanzierung</i> <i>Risikominderung</i>
	Internationale Umlagen und andere innovative Finanzierungsmethoden	Solidaritätsumlage auf Flugtickets Vorabnahmeverpflichtung für Impfungen <i>Risikoabsicherung bei Katastro-</i>

¹⁵ Kursive Schreibweise = offizieller EZ-Transfer, aber normalerweise nicht ODA-anrechenbar (https://www.un.org/en/ecosoc/newfunct/pdf15/2016_dcf_policy_brief_no.1.pdf, 17.03.2021).

Typ	Wesentliche Modalitäten	Instrumente (Bsp.)
		<i>phen (Karibik)</i>
	Public-Private-Partnership	GAVI Global Fund
	Öffentliche Klimafinanzierung	Projekte zur Abschwächung des Klimawandels <i>Handel mit zertifizierter Emissionsreduzierung</i>
	Sachleistungen	Nahrungsmittelhilfe Non-Food Erzeugnisse
Kapazitätsunterstützung	Organisationale Ressourcen und menschliches Potenzial	Dezentralisierte Zusammenarbeit Universitätskooperationen Programme zum Aufbau von Institutionen und Kapazitäten
	Zusammenarbeit auf technologischem Gebiet	<i>Kooperation zwischen Forschungszentren</i>
	Erfahrungsaustausch und politische Zusammenarbeit	Politikempfehlung Kapazitäts- und institutioneller Aufbau
Politischer Wandel	Inländisch	Stipendienprogramme Geflüchtete in Geberländern Verwaltungskosten Schuldenerlass Förderung des entwicklungspolitischen Bewusstseins
	Globale Rahmenbedingungen ändern	<i>Ausnahmen im TRIPS-Abkommen: Übergangsperiode für ärmste Länder in Bezug auf Patente für pharmazeutische Produkte</i> <i>Handelspräferenzen: Abbau von Zöllen, Zollfreiheit und keine Mengenbegrenzungen für ärmste Länder</i>
	Politik-Kohärenz	<i>Fortschrittsüberwachung</i>
NICHT ÖFFENTLICHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT		
Finanztransfers (und Sachleistungen)	Private Zuwendungen (NRO und Stiftungen)	<i>BMGF</i> <i>Oxfam etc.</i>
	Innovative Finanzierung	<i>Product RED</i>
	Public-Private-Partnership	GAVI Global Fund
	Investment in soziale Auswirkungen	<i>Soziale Anleihen</i> <i>Globaler Innovationsfonds</i>
Kapazitätsunterstützung	Organisationale Ressourcen und menschliches Potenzial	<i>Niedrigstufige Programme zum Aufbau von Institutionen und Kapazitäten</i>
	Zusammenarbeit auf technologischem Gebiet	<i>Unterstützung für Medikamentenentwicklung und -zugang</i>
Politischer Wandel	Corporate Social Responsibility Initiativen	<i>Bessere Fabriken (ILO)</i> <i>Tom's Shoes</i> <i>Starbucks</i>
	Fairer Handel	<i>Fair Trade International</i> <i>European Fair Trade Association</i>

Die prozentuale Verteilung der ODA-Mittel auf Sektoren belief sich im Zeitraum 2017 – 2018 auf 18,12% für die Themen Bildung, Gesundheit und Bevölkerung, 17,1% für andere soziale Infrastruktur, 17,3% für ökonomische Infrastruktur, 6,9% für Produktion, 8,1%

für verschiedene Sektoren, 2,6% für Programmhilfen, 0,3%¹⁶ für Schuldenerlässe, 12,5% für Humanitäre Hilfe und 17% für nicht spezifizierte Bereiche (vgl. OECD-DAC o.J.).

Geber von EZ

Es können drei Gruppen von Gebern unterschieden werden. Das sind traditionelle Geber, arabische Geber und neue Geber. Die traditionellen Geber sind Mitglieder im DAC und stellen weiterhin 70 bis 90% der weltweiten Mittel von Entwicklungszusammenarbeit zur Verfügung. Neben Staaten wie Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan und den USA gehören auch Organisationen wie die Weltbank oder der IMF zum DAC. Arabische Länder, wie Kuwait, Saudi-Arabien und die Arabischen Emirate leisten seit den 1970er Jahren Entwicklungszusammenarbeit an andere arabische Länder, aber auch z. B. an SSA. Neue Geber sind z. B. China, Indien, Brasilien, Chile, Venezuela, Mexiko und Südafrika. Sie leisten unter dem Begriff der „Süd-Süd-Kooperation“ Hilfe und vertreten dabei ein Entwicklungsverständnis, das, im Gegensatz zu politischen Fragen, eher die gemeinsamen (wirtschaftlichen) Interessen betont. Daneben sind nichtstaatliche Organisationen Geber von Entwicklungszusammenarbeit und Humanitärer Hilfe und finanzieren ihre Aktivitäten aus öffentlichen Zuwendungen, privaten Spenden oder Mitgliedsbeiträgen (Klingebiel 2013: 22 – 23).

Die folgende Tabelle zeigt die Leistungen für Entwicklungszusammenarbeit deutscher NRO aus Eigenmitteln im Zeitraum 2014 – 2018, aufgeteilt nach Entwicklungsregionen und in EUR:

Tab. X: Leistungen von Nichtregierungsorganisationen aus Eigenmitteln an Entwicklungsländer 2014 – 2018 in EUR, nach Kontinenten, Stand: 26.11.2019¹⁷ (aus BMZ 2010 – 2020e)

Kontinent	Leistungen aus Eigenmitteln, insbesondere Beiträge und Spenden				
	2014	2015	2016	2017	2018
Insgesamt	1.148.483,8	1.244.966,3	1.287.402,5	1.321.767,9	1.154.897,5
Europa	49.107,4	63.140,0	69.947,6	81.851,0	54.544,9
Afrika	398.416,3	439.300,9	463.754,1	490.950,2	442.660,5
Darunter:					
Afrika südlich der Sahara	351.785,3	418.397,7	443.221,1	468.992,6	416.414,7
Amerika	223.746,0	220.442,0	218.557,5	225.363,8	169.007,9
Asien	355.875,6	400.356,1	410.141,6	388.789,6	352.666,1
Ozeanien	7.288,3	4.364,4	3.052,0	3.557,5	3.171,4
Zusammen	1.034.433,6	1.127.603,4	1.165.452,9	1.190.512,1	1.022.050,8

¹⁶ Eigene Berechnung [d. Verf.].

¹⁷ Die Angaben wurden von den Nichtregierungsorganisationen freiwillig gemeldet und im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom Statistischen Bundesamt aufbereitet (https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen_fakten/oda/ngo/index.html, 21.10.2020).

Kontinent	Leistungen aus Eigenmitteln, insbesondere Beiträge und Spenden				
	2014	2015	2016	2017	2018
Entwicklungsländer, nicht aufteilbar	114.050,2	117.362,9	121.949,6	131.255,8	132.846,7

NRO im weiteren Gesundheitsbereich können z. B. so unterschiedliche Typen, wie große humanitäre NRO (z. B. Save the Children, CARE), Organisationen für Not-/Soforthilfe, Organisationen für soziale Rechte und Dienste (z. B. Ärzte ohne Grenzen, Ärzte der Welt), NRO in Entwicklungsländern (z. B. Grameen Bank in Bangladesh), sog. „Think Tanks“ (z. B. Center for Global Development, Washington) und Interessengruppen (z. B. Equinet, Treatment Action Campaign, DATA, ONE) umfassen (Birn et al. 2009: 110 – 116).

Zudem wird das Feld zunehmend von privaten Stiftungen (philanthropische Geber) geprägt. Das Vermögen dieser Stiftungen übertrifft dabei zum Teil die gesamten ODA-Mittel kleinerer Geber, wie z. B. Finnland oder Portugal (Klingeblie 2013: 23 – 24). Die folgende Tabelle zeigt die finanzielle Ausstattung und gesundheitsbezogene Prioritäten einiger namhafter Akteure dieses Bereichs:

Tab. XI: Ausstattung und Prioritäten ausgewählter Stiftungen (Auszug aus Birn et al. 2009: 100)

Stiftung	Ausstattung/Zuwendungen 2007	Gesundheitsbezogene Prioritäten
Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF)	38,7 Mrd. US-Dollar/1,2 Mrd. plus 31 Mrd. US-Dollar „Pledge“ durch Warren Buffett	Infektionskrankheiten, Impfungen, HIV/AIDS, Tuberkulose, reproduktive und Kindergesundheit
Wellcome Trust	15,1 Mrd. Pound	Biomedizinische Forschung, Stipendien und Forschung in Entwicklungsländern
Ford Foundation	13,7 Mrd. US-Dollar	Bildung, wirtschaftliche Entwicklung, Ernährungssicherung
Rockefeller Foundation	4,1 Mrd. US-Dollar/22 Mio.	Public Health, Gesundheit und Gerechtigkeit, Armutslinderung
Friedrich-Ebert-Stiftung	11 Mrd. EUR (jährliche Zuwendungen)	Entwicklungszusammenarbeit

EZ-Empfänger

Obwohl die Ländereinteilung nach Einkommensgruppen, wie sie vom DAC vorgenommen wird, nach wie vor sinnvoll ist, um interventionsbedürftige Mangelzustände feststellen zu können, gerät dieses System seit einigen Jahren zunehmend unter Druck. Zum einen ist es von der „Nord-Süd-Dichotomie“ geprägt, die sich heutzutage nicht mehr rechtfertigen lässt, da sich durch den wirtschaftlichen Aufstieg zahlreicher Länder neue globale Kräftekonstellationen ergeben, unter denen Entwicklungsländer politische

Machtansprüche stellen und durchsetzen können. Zum anderen vollziehen sich Ausdifferenzierungsprozesse zwischen Entwicklungsländern, bei denen die Unterschiedlichkeit von Entwicklungstypen hervortritt und die einer Vereinheitlichung dieser Ländergruppe zuwiderlaufen. Eine Alternative zur Dichotomisierung der Welt in Industrie- und Entwicklungsländer bietet das Modell der vier Geschwindigkeiten. Zu den wohlhabenden Ländern kann man in diesem Rahmen die meisten OECD-Länder sowie zukünftig ehemalige Entwicklungsländer zählen, die ein starkes Entwicklungstempo aufweisen. In der zweiten Kategorie befinden sich dynamische (konvergierende) Länder Asiens und Lateinamerikas. Sie können auch als Länder mit mittlerem Einkommen bezeichnet werden. Als dritte Kategorie werden die ehemals armen Länder, wie z. B. Ghana, bezeichnet, die zwar fortschrittlich sind und somit ebenfalls als Mitteleinkommensländer bezeichnet werden können. Gleichzeitig sind sie aber weiterhin immensen sozialen Herausforderungen ausgesetzt. Die vierte Kategorie bilden die armen und ärmsten Länder, deren Zahl weiter abnehmen wird und deren Herausforderungen z. B. aus gewaltsamen Konflikten bestehen. Durch die globalen Entwicklungs- und Veränderungsprozesse verändert sich auch die globale Armut. Diese nimmt insgesamt langsam ab, bleibt aber lokal bestehen. Dies bezieht sich besonders auf Mitteleinkommensländer, in denen heutzutage die meisten armen Menschen leben. Neben der Berücksichtigung des Nachhaltigkeitsgedankens ist somit die gesellschaftliche Kohärenz von zentraler Bedeutung für Entwicklungsprozesse. Besondere Herausforderungen stellen weiterhin gescheiterte Staaten und sogenannte anfällige Systeme dar. Neben der Außen- und Sicherheitspolitik stellt hier die Entwicklungspolitik über ihr inhärente Instrumente und Erfahrungen in Bereichen, wie Demokratieförderung, Dezentralisierung, direkte Krisenprävention und Konfliktbearbeitung eine Möglichkeit dar einzugreifen. Zudem steht auch die Region SSA weiterhin im Zentrum der Aufmerksamkeit von Entwicklungszusammenarbeit. Hier vollzieht sich eine intraregionale Ausdifferenzierung in erdölexportierende Länder, Länder mit mittlerem und mit niedrigem Einkommen und fragile Länder. Der Bedarf für Entwicklungszusammenarbeit nimmt in diesen Ländern mit steigendem Einkommen und steigenden ausländischen Direktinvestitionen ab. Allerdings erfolgt nach wie vor eine Konzentration der Entwicklungszusammenarbeit auf diejenigen afrikanischen Länder, die auf diese Mittel weiterhin verstärkt angewiesen sind (z. B. Tansania, Äthiopien, Burundi, Demokratische Republik Kongo). Insgesamt geht der Trend dahin, dass immer weniger Länder Entwicklungszusammenarbeit im herkömmlichen Sinn benötigen. Die vorhandenen Standards erschweren ein weitergehendes Engagement in weiter fortgeschrittenen Ländern (Klingebiel 2013: 29 – 43).

Kritik, Wirksamkeit und Evidenzbasierung in der Entwicklungszusammenarbeit

Einige *Kritikpunkte* an Entwicklungszusammenarbeit sind in den vorherigen Abschnitten bereits vorgekommen. Das sind die Interessenkonflikte und Eigeninteressen der Entwicklungszusammenarbeit, liefergebundene Leistungen und Angebotsorientierung, das Setzen von Fehlanreizen durch Entwicklungszusammenarbeit, von außen aufoktroyierte Projekte und die mangelhafte oder fragwürdige Zielerreichung. Sangmeister und Schönstedt (2010: 18 – 25) nennen weitere Argumente, die oftmals gegen Entwicklungszusammenarbeit aufgeführt werden. So hat beispielsweise Milton Friedman¹⁸ 1967 der Entwicklungszusammenarbeit eine gewisse Unmoralität unterstellt (den Reichen nehmen, um es den Armen zu geben). Weiterhin wird beschrieben, dass man bei dem Grad der wirtschaftlichen Entwicklung vieler Entwicklungsländer diesen zutrauen sollte, Entwicklung aus eigener Kraft zu erreichen. Zudem würde Entwicklungszusammenarbeit lediglich die Symptome einer ungerechten Weltwirtschaftsordnung lindern, anstatt die ihr zugrundeliegenden Ursachen zu bekämpfen. Auch wurde festgestellt, dass Entwicklung unter entwicklungsförderlichen Rahmenbedingungen auch ohne Entwicklungszusammenarbeit stattfindet. Einige Stimmen weisen auf durch Entwicklungszusammenarbeit verursachte Fehlentwicklungen und die mit Entwicklungszusammenarbeit einhergehende widersprüchliche Interessenlage hin. So spricht Paul Kagame, der ruandische Staatspräsident, in einem Interview im Oktober 2009 von Vernachlässigung, Missbrauch und Ausbeutung und weist u. a. darauf hin, dass Regionen der Elfenbeinküste oder Somalias von europäischen Firmen als Müllhalde für nukleare Abfälle verwendet werden. Felwine Sarr (2019: 21ff.) setzt sich mit dem Entwicklungsbegriff auseinander und kommt zu dem Schluss, dass das westliche Handeln einer Utopie folgt, die Eigenschaften von Völkern übergeht und sie im Gegensatz zum Prinzip der Entfaltung mit fremden Werten „einschließt“. Auch Sangmeister und Schönstedt (2010: 20 – 25) stellen fest, dass Entwicklungszusammenarbeit den illusionären Anspruch, die Probleme der Entwicklungsländer lösen zu können, nicht erfüllen konnte und das globale System weiterhin von Asymmetrie (Einkommensverteilung, Vermögensverteilung) gekennzeichnet ist. Gleichzeitig weisen sie auf Erfolge und Verbesserungen hin, die dennoch partiell eingetreten sind, wie z. B. die stärkere Beteiligung der Entwicklungsländer am Weltmarkt. Es wird deutlich, dass Entwicklungszusammenarbeit heutzutage einer realistischeren Einschätzung folgt, als zu ihren Anfängen und sich immer wieder neu erfinden und anpassen muss, um den veränderten und sich weiter verändernden Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Mit dieser Strategie kann sie zur Lösung globaler Probleme beitragen.

¹⁸ Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften des Jahres 1976 (Sangmeister und Schönstedt 2010: 18)

In den 1980er Jahren hat sich der DAC erstmals intensiv mit der *Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit* befasst und diesen Aspekt von Entwicklungszusammenarbeit genauer untersuchen lassen. In der Folge wurden zunächst 1992 die „DAC-Principles for Effective Aid“ aufgestellt, die die Rahmenbedingungen von Entwicklungszusammenarbeit als Bedingung für die Effektivität von Entwicklungszusammenarbeit würdigen, die Planungsphase als Fehlerquelle von Entwicklungszusammenarbeit identifizieren, die Motivation von Zielgruppen betonen und den Durchführungsorganisationen in den Partnerländern mehr Verantwortung übertragen, die Bedeutung von Frauen hervorheben, die Eingebundenheit von Initiativen in lokale Strukturen favorisieren, einen Verbesserungsbedarf bei der Koordination der internationalen Entwicklungszusammenarbeit identifizieren und eine effiziente und flexible Vergabe von Aufträgen fordern. Gemeinsame Grundsätze von Geber- und Empfängerländern wurden daraufhin 2005 in der „Paris Declaration on Aid Effectiveness“ beschlossen. Durch das Prinzip der Eigenverantwortung (engl. Ownership) wurde festgelegt, dass die Partnerländer mehr Verantwortung in Entwicklungspolitik und Entwicklungszusammenarbeit übernehmen müssen. Die Partnerausrichtung (engl. Alignment) meint, dass sich die Geber stärker nach den Partnern und den in den Partnerländern vorhandenen Strukturen ausrichten. Die Geberharmonisierung (engl. Harmonisation) zielt auf eine stärkere Abstimmung der Geber untereinander. Die Ergebnisorientierung (engl. Managing for results) stellt die Ergebnisse im Gegensatz zu den Leistungen in den Vordergrund. Rechenschaftspflicht gegenüber den Bürgern und gegenseitige Rechenschaftspflicht (engl. Domestic and Mutual accountability) will die Verantwortungsübernahme für Entwicklungsergebnisse verbessern. Die Fortschritte in der Umsetzung der Paris-Agenda sind jedoch schleppend. In 2007 hatten beispielsweise nur drei von 56 überprüften Entwicklungs- und Transformationsländern umsetzbare Systeme zur Beurteilung von Entwicklungsfortschritten. Um den Prozess der Wirkungsorientierung in der Entwicklungszusammenarbeit zu fördern, wurde 2008 mit der „Accra Agenda for Action“ erneut der Beschluss gefasst, die gemeinsamen Anstrengungen zu erhöhen. Diesmal waren neben Geber- und Empfängerländern auch Durchführungsorganisationen und NRO beteiligt. Demzufolge sind drei wichtige Herausforderungen zu bewältigen:

- Die Eigenverantwortung der Entwicklungsländer muss (weiter) gestärkt werden.
- Die Vielzahl der Geber muss berücksichtigt werden (z. B. Fonds, Privatwirtschaft, Zivilgesellschaft).

- Durch Entwicklungsergebnisse und eine dementsprechende Berichterstattung muss die entwicklungspolitische Arbeit sichtbarer gemacht werden (Sangmeister und Schönstedt 2010: 43 – 47).

Neben der mehr extern geführten Wirksamkeitsdebatte existiert auch die Methodende-
batte, die vermehrt von Praktikern und Wissenschaftlern geführt wird. Hier geht es da-
rum, wie das Ziel der Wirkungsorientierung konkret umgesetzt werden kann. Im Kern
stellt man dabei nicht die durchgeführten Leistungen, sondern den Nutzen von durch
Aktivitäten erzielten Leistungen in den Vordergrund. Dazu analysiert man ein Problem,
identifiziert Leistungen (engl. Outputs), die den Zustand positiv verändern würden und
erbringt diese durch Aktivitäten des Geber- und Empfängerlandes. Wenn sich daraus ein
direkter Nutzen für die Begünstigten ergibt, nennt man das „Outcome“. Darüber hinaus
gibt es aber auch einen indirekten Nutzen (engl. Impact), welcher aggregierte Verände-
rungen außerhalb des Vorhabens für Entwicklungszusammenarbeit bezeichnet. Da Ent-
wicklung ein komplexer Prozess ist, der auch ohne Entwicklungszusammenarbeit statt-
findet, ist es sehr schwierig, einen Zusammenhang zwischen Entwicklungszusammenar-
beit und Impact nachzuweisen. Dennoch gibt es Methoden, die auch die Ebene von hoch
aggregierten Daten einbeziehen, wie z. B. die ländervergleichende Aggregatdatenfor-
schung. Allerdings können dadurch meistens nur grobe Hinweise gegeben werden. Auch
die fünf Kriterien des DAC zur Durchführung von Wirkungskontrollen schließen den „Im-
pact“ als zweites Kriterium ein, um das Erreichen von übergeordneten Zielen und indirek-
te Wirkungen zu beurteilen. Daneben misst „Relevanz“ die Übereinstimmung der Ziele
mit Bedarfen von Zielgruppen, Politiken des Kooperationslandes, globalen Entwick-
lungszielen und entwicklungspolitischer Grundausrichtung des Gebers. „Effektivität“ ist das
Ausmaß der Zielerreichung. „Effizienz“ setzt eingesetzte Ressourcen und erzielte Lei-
stung und Wirkung ins Verhältnis. „Nachhaltigkeit“ beschreibt, inwiefern eine entwick-
lungspolitische Wirksamkeit eines Vorhabens für Entwicklungszusammenarbeit über die
externe Unterstützung hinaus besteht (Sangmeister und Schönstedt 2010: 111 - 116;
Neubert 2010: 139 - 165).

An die Frage nach der Wirksamkeit von Entwicklungszusammenarbeit schließt sich die
Frage nach der *Evidenzbasierung in Entwicklungszusammenarbeit* an. Dabei geht es
darum, ob Evaluationen zur Wirksamkeit von Entwicklungszusammenarbeit auf robusten
Studiendesigns und –methoden (experimentelle Designs) beruhen, ob dazu also unab-
hängige wissenschaftliche Forschung eingesetzt wird und wie die Qualität der Evaluation
generell zu beurteilen ist¹⁹. Allerdings wurde festgestellt, dass die akademische Entwick-

¹⁹ Zu Evidenzbasierung vgl. 101 ff.

lungsländerforschung Geberentscheidungen und –strategien nur selten beeinflusst. Das wird zum einen mit dem Zeitdruck begründet, unter dem Akteure der Entwicklungszusammenarbeit generell agieren. Zum zweiten ist der Transfer von Forschung zu Praxis häufig mit Hürden verbunden, die dazu führen, dass die Möglichkeiten der Forschung in der Entwicklungszusammenarbeit nicht wahrgenommen werden. Bei einer Untersuchung der Evaluationsmethoden von Entwicklungszusammenarbeit kam man zu dem Ergebnis, dass nur eine von 80 Evaluationen experimentelle Designs nutzte. Vorwiegend kommen stattdessen narrative Analysen und Fallstudien zur Anwendung. Man kann davon ausgehen, dass ein besseres Methodenverständnis sowie deren Anwendung zu einer höheren Qualität der Evaluation von Entwicklungszusammenarbeit führen würden (Sangmeister und Schönstedt 2010: 134; vgl. Forss und Bandstein 2008).

Die Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit

Aus den vorhergehenden Ausführungen kann man entnehmen, dass Entwicklungszusammenarbeit aktuell vor starken Herausforderungen steht. Dabei kommt die Frage auf, ob sie sich mit ihren tradierten Konzepten und Methoden weiterhin und in der Zukunft bewähren kann. Deshalb kommen an dieser Stelle einige Autoren zur Sprache, die sich mit Perspektiven der Entwicklungszusammenarbeit beschäftigt haben. Allen ist gemein, dass die veränderten Rahmenbedingungen als ausschlaggebend für einen Bedarf der Anpassung in der Entwicklungszusammenarbeit gewertet werden. Die Veränderungen drücken sich durch globale Konvergenzprozesse, wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt und die Verringerung der Armut in vielen Regionen aus und spiegeln sich in Machtverschiebungen in Global-Governance-Strukturen (z. B. G20, BRICS-Staaten) wider. Neben der Armutsreduzierung verschwimmen dazu die Grenzen der Ziele der Entwicklungszusammenarbeit in einem breiteren Rahmen der internationalen Kooperation und globaler Agenden, wie die Agenda 2030. Dabei besteht die Gefahr, die der Entwicklungszusammenarbeit zugrundeliegende eigene Kooperationslogik zu verfehlen. Zudem findet sich Entwicklungszusammenarbeit heutzutage in einer Akteurskonstellation wieder, die von Vielzahl und Unterschiedlichkeit geprägt ist, was mit Proliferation und Koordinationserfordernissen einhergeht. Wissen wird als ein relevanter Faktor beschrieben, der in Entwicklungsländern auch unabhängig von Entwicklungszusammenarbeit genutzt wird. Weiterhin wird darauf eingegangen, dass sich die Möglichkeiten, auf globale Herausforderungen global-gemeinschaftlich zu reagieren durch den erstarkenden Nationalismus und die Wahl von Donald Trump verringern²⁰. Neben der Neuorientierung der Entwicklungszusammenarbeit ist es zudem wichtig, dass diese durch eine Neuorien-

²⁰ Bzw. verringerten [d. Verf.]

tierung in der Entwicklungsforschung begleitet wird (z. B. zu Fragen des kollektiven Handelns auf globaler Ebene). Konkrete Fragen, die im Rahmen einer Strategiedebatte gestellt und beantwortet werden sollten, sind z. B. nach der Rolle der Entwicklungszusammenarbeit bei der Bearbeitung globaler Herausforderungen; nach vorhandener Evidenz, die bei politischen Entscheidungen berücksichtigt werden sollte oder nach den konkreten Themen, die durch Entwicklungszusammenarbeit umgesetzt werden sollten (vgl. Klingebiel 2019; Klingebiel 2017; Janus et al. 2015).

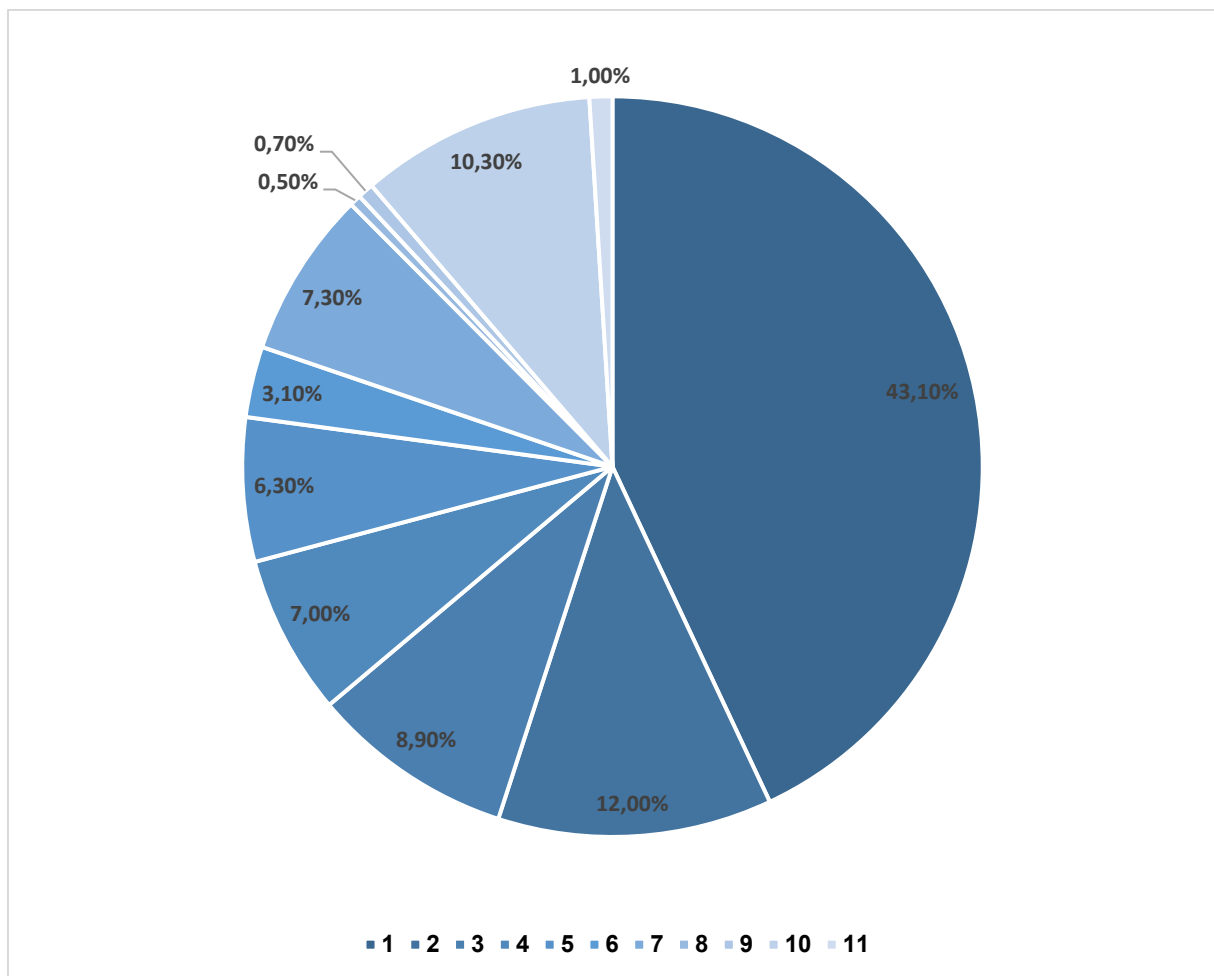
Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit

Als zweitgrößter Geber der weltweiten öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit nimmt Deutschland international und bei der Umsetzung der Agenda 2030 eine wichtige Rolle ein. Das BMZ hat dabei eine gestaltende, koordinierende und verantwortende Position. Seine gesamt-thematische Verortung liegt in den zentralen Überlebens- und Zukunftsfragen der Menschheit. Dabei orientiert es sich im Wesentlichen an der Agenda 2030 und erkennt diese als universell gültig und wegweisend an. Weitere Leitprinzipien sind die Menschenrechte und eine soziale und ökologisch ausgerichtete Marktwirtschaft. Die deutsche Entwicklungspolitik will dazu beitragen, allen Menschen ein Leben in Würde und Sicherheit zu ermöglichen und dabei gleichzeitig die natürlichen planetarischen Grenzen berücksichtigen. Weitere, damit einhergehende Ziele sind Fluchtursachen zu mindern, Armut zu verringern, Nahrungssicherheit zu ermöglichen, den Erhalt der Lebensgrundlagen zu sichern, Gesundheit zu fördern, Bildung zu ermöglichen, Krisen vorzubeugen bzw. zu bewältigen, gute Regierungsführung zu gewährleisten und fairen Handel zu etablieren (vgl. BMZ o.J.; Bohnet 2017).

Die Allokation der öffentlichen Mittel für Entwicklungszusammenarbeit ist in Deutschland politikbasiert und wird durch den BMZ-Haushalt (Einzelplan 23) jährlich neu festgelegt. Hierbei findet ein Top-Down-Verfahren statt, bei dem das Bundesfinanzministerium (BMF) unter Abstimmung mit den Fachministerien die Eckpunkte bestimmt und diese vom Kabinett verabschiedet werden. Akteure zur Bestimmung des Gesamtbudgets sind somit die Bundeskanzlerin, das Kabinett, das BMF, das BMZ, der Haushaltsausschuss und der Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung des Deutschen Bundestages. Bei der Zuteilung der Mittel werden die politikbasierte und regelfreie Allokation (politische Entscheidungen), die pfadabhängige Allokation (Fortschreibung früherer Allokationsentscheidungen, gegebenenfalls mit Änderungen), die formelbasierte Allokation (z. B. Zuweisungen an multilaterale Organisationen/multilaterale EZ) und die Evidenz-orientierte Allokation (an Ergebnissen orientiert) unterschieden. Die Prioritäten der deutschen bilateralen Entwicklungszusammenarbeit richten sich nach dem jeweiligen

Koalitionsvertrag, Erklärungen, wie die Zukunftscharta „Eine Welt – unsere Verantwortung“ sowie nach internationalen Abkommen, wie die Agenda 2030 oder das Pariser Klimaschutzabkommen. Zudem werden auch regionale Festlegungen vorgenommen, wie z. B. durch Länderquoten oder die Aufteilung der Mittel nach Länderkategorien. Um die Entwicklungszusammenarbeit der Zivilgesellschaft, der Wirtschaft und der Kommunen zu fördern, sieht das BMZ Mittel für die sogenannte nichtstaatliche Entwicklungszusammenarbeit vor. Hier werden Initiativen und Aktivitäten der politischen Stiftungen, der Kirchen, bürgerschaftliches und kommunales Engagement und Entwicklungspartnerschaften mit der Wirtschaft unterstützt. Das Ziel liegt hier mitunter auch darin, in Regionen indirekt präsent sein zu können, in denen staatliche Entwicklungszusammenarbeit nicht praktiziert werden kann. Neben Länder- und thematischen Prioritäten existieren zudem sog. Sonderinitiativen, durch die besondere und übergreifende Themen gezielt bearbeitet werden (vgl. Bohnet 2017).

Die folgende Abbildung zeigt den Etat des BMZ für das Haushaltsjahr 2020:



1 = 4.695.190.000 EUR (43,1%)
 Bilaterale staatliche Zusammenarbeit (Kapitel 2301)

4 = 762.873.000 EUR (7,0%)
 Vereinte Nationen und internationale Einrichtungen (Kapitel 2303)

7 = 799.565.000 EUR (7,3%)
 Internationale Ernährungssicherung und globaler Umweltschutz (Kapitel 2303, Titel 687 02 bis 687 04, 896 09)

10 = 1.080.000.000 EUR (10,3%)
 Sonderinitiativen (Kapitel 2310)

2 = 1.309.239.000 EUR (12,0%)
 Zivilgesellschaftliches, kommunales und wirtschaftliches Engagement (Kapitel 2302)

5 = 689.457.000 EUR (6,3%)
 Weltbank (Kapitel 2304, Titel 687 01)

8 = 52.142.000 EUR (0,5%)
 Forschung, Evaluierung und Qualifikation in der EZ (Kapitel 2305)

11 = 106.122.000 EUR (1,0%)
 Bundesministerium (Kapitel 2311 und Kapitel 2312)

3 = 967.012.000 EUR (8,9%)
 Europäischer Entwicklungsfonds (Kapitel 2303, Titel 896 02)

6 = 336.497.000 EUR (3,1%)
 Regionalbanken (Kapitel 2304, Titel 687 02 bis 687 05)

9 = 85.985.000 EUR (0,7%)
 Sonstige Bewilligungen (Kapitel 2310 ohne Sonderinitiativen)

Kapitel 2311
 -21.637.000 EUR (-0,2%)
 Zentral veranschlagte Verwaltungsausgaben (einschließlich globaler Minderausgabe*)

GESAMT: 10.884.082.000 EUR

Abb. X: Soll-Ansätze des Haushalts 2020 (nach BMZ 2010 – 2020f)²¹

²¹ *Globale Minderausgaben sind verpflichtende Einsparungsvorgaben, die durch die jeweiligen Ministerien vorzunehmen sind. Sie sind im Haushaltsplan als negative Ausgaben zentral veranschlagt und in der Haushaltsführung durch Einsparungen bzw. Minderbedarfen bei einzelnen Titeln zu erbringen (https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen_fakten/haushalt/index.html, 09.10.2020).

Einen thematischen Überblick bietet die Betrachtung der deutschen bilateralen ODA-Leistungen nach Förderbereichen:

Tab. XII: Bilaterale Netto-ODA²² nach Förderbereichen, 2018 (nach BMZ 2010 – 2020b)

	In Mio. Euro	In Prozent
INSGESAMT	16.487	100,0
SEKTORAL AUFTEILBARE ODA	10.067	61,0
Soziale Infrastruktur und Dienste: Bildung, Gesundheitswesen, Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit, Wasser und Abwasser/Abfallentsorgung, Staat und Zivilgesellschaft, sonstige soziale Infrastruktur und Dienste	5.742	34,8
Wirtschaftliche Infrastruktur und Dienste: Transport und Lagerhaltung, Kommunikation, Energieerzeugung, -verteilung, -effizienz, Finanzwesen, Privatwirtschaftliche und andere Dienste	1.526	9,3
Produktionsbereiche: Land- und Forstwirtschaft, Fischereiwesen, Industrie, Bodenschätze und Bergbau, Bauwesen, Handelspolitik und -regeln, Handelsbezogene Anpassungsmaßnahmen, Tourismus	821	5,0
Multisektoral/Querschnitt: Umweltschutz allgemein, Andere multisektorale Maßnahmen	1.975	12,0
SONSTIGE ODA	6.423	39,0
Warenhilfe und allgemeine Programmhilfe: Allgemeine Budgethilfe, Entwicklungsorientierte Nahrungsmittelhilfe/Hilfe zur Ernährungssicherung, Sonstige Warenhilfe	420	2,5
Schuldenerleichterung	3	0,0
Humanitäre Hilfe	2.242	13,6
Sonstige Maßnahmen: Verwaltungskosten im Geberland, Flüchtlingshilfe im Geberland, Nicht zurechenbare Maßnahmen	3.758	22,8

Daneben schließt die Betrachtung der deutschen Gesamt-ODA u. a. auch die Ausgaben anderer Ministerien und der Bundesländer ein:

²² Netto = abzüglich Tilgungsleistungen und Verkaufserlöse aus Beteiligungen.
(https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen_fakten/oda/leistungen/bi_netto_oda_foerderungsbereiche_2014_bis_2018/index.html, 09.10.2020).

Tab. XIII: Aufteilung der Gesamt-ODA (16,1 Mrd. EUR) nach Kategorien 2015 (aus Maihold 2019: 26)

	In Prozent
ODA-Leistungen insgesamt	100,0
Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)	37,4
Auswärtiges Amt (AA)	8,0
Umweltministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB)	1,7
Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien (BKM)	1,1
Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)	0,9
Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)	0,2
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	0,2
Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi)	0,2
Bundesministerium des Inneren (BMI)	0,1
Bundesministerium der Verteidigung (BMVg)	0,05
Bundesministerium der Finanzen (BMF)	0,05
Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)	0,05
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)	0,02
Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI)	0,05
ODA-anrechenbarer Anteil aus dem EU-Haushalt	9,7
Bundesländer	5,4
Schuldenerlasse	0,4
Marktmittel (brutto) ²³	24,5
DEG (Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft)	3,2
Flüchtlingsausgaben	16,8
Tilgungen	-10,10

Mit dem Reformkonzept „BMZ 2030“ wurde in Reaktion auf die nicht mehr zu negierenden weltweiten und einschneidenden globalen Entwicklungen der vergangenen Jahre eine wesentliche und grundsätzliche Neuausrichtung und –strukturierung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit vorgenommen. Dies umfasst zum einen eine thematische Konzentration, die sich an der Agenda 2030 orientiert und neben der Überwindung von Hunger und Armut u. a. auch einen Ausbau der Maßnahmen im Gesundheitsbereich

²³ Von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) am Kapitalmarkt aufgenommene Gelder, die im Auftrag der Bundesregierung als Darlehen den Partnern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zu vergünstigten Konditionen bereitgestellt werden (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/OeffentlicheFinanzen/Entwicklungszusammenarbeit/Tabellen/mittelherkunft-der-deutschen-oda.html>, 09.10.2020).

sowie die Schaffung einer Einheit mit dem Namen „Global Health/One Health“ vorsieht. Weiterhin wurde für die Partnerländer ein neues Kategoriensystem entwickelt. Dies umfasst die klassische bilaterale Zusammenarbeit mit 29 Partnerländern sowie Reformpartnerschaften mit besonders reformorientierten Ländern (Äthiopien, Côte d'Ivoire, Ghana, Marokko, Senegal, Tunesien) und Transformationspartnerschaften mit Ländern in der EU-Nachbarschaft, die politische und ökonomische Transformationsprozesse durchlaufen (Albanien, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Kosovo, Moldau, Serbien, Ukraine). Zum zweiten sind das Globale Partnerschaften, durch die an der Lösung globaler Zukunftsfragen und am Schutz globaler Güter gearbeitet wird (Brasilien, Indien, Indonesien, Mexiko, Peru, Südafrika, Vietnam, China). Die dritte Kategorie sind sogenannte „Nexus- und Friedenspartnerschaften“, durch die Menschen in Krisen- und Flüchtlingsregionen Unterstützung erhalten (Irak, Jemen, DR Kongo, Libyen, Somalia, Südsudan, Syrien, Tschad, Zentralafrikanische Republik). Ergänzend dazu werden auch alle Entwicklungsländer der DAC-Liste durch multilaterale, europäische und nichtstaatliche Entwicklungszusammenarbeit unterstützt. Neben der inhaltlichen Konzentration und der Schaffung neuer Länderkategorien ist die Reduzierung der Partnerländer ein wesentlicher Bestandteil der BMZ-Reform. Dabei wird die Anzahl der Partnerländer in der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit von 85 auf 60 Länder reduziert. Dies geht mit einer Erhöhung des Anteils der ärmsten Länder an der Gesamtzahl der Partnerländer von 39 auf 42% einher (vgl. BMZ o.J.a).

Das Selbstverständnis von deutscher Entwicklungszusammenarbeit

Aus verschiedenen Dokumenten des BMZ und dessen Internetauftritt und dem Vorwort zum Einzelplan 23 lässt sich das Selbstverständnis der deutschen staatlichen Entwicklungszusammenarbeit ableiten. Ebenso existieren vergleichbare Dokumente zum Selbstverständnis in der gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit. Hier ist neben dem BMZ ebenso das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ausschlaggebend (Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit). Wie bereits beschrieben, ist zentral die Ausrichtung an einem Leben in Würde und Sicherheit für alle Menschen sowie die maßgebliche Orientierung an der Agenda 2030 und an den Menschenrechten. Dabei wird das Handeln von humanistischen Werten, wie ethische Verantwortung und internationale Solidarität geleitet, aber auch von dem Interesse Deutschlands an der eigenen Zukunftssicherung. Demnach existiert Entwicklungszusammenarbeit, um allen Menschen weltweit ein würdevolles und sicheres Leben zu ermöglichen, die universellen Menschenrechte zu gewährleisten und zu schützen und zur Umsetzung der Agenda 2030 beizutragen. Diese übergeordneten Ziele gehen mit einer Vielzahl von verschiedenen Komponenten einher, die ebenfalls zum Teil bereits genannt wurden. Es geht dabei

also darum, ein freies und eigenverantwortliches Leben ohne materielle Not zu ermöglichen; weltweit wirtschaftliche, soziale, ökologische und politische Verhältnisse zu verbessern; Armut zu bekämpfen und für Rechtsstaatlichkeit und Demokratie zu sorgen sowie Krisen vorzubeugen. Der Gesundheit wird dabei ein hoher Wert für eine nachhaltige Entwicklung zugesprochen. Dies äußert sich z. B. dadurch, dass Gesundheit als Voraussetzung für Wohlstand und gesellschaftliche Teilhabe definiert, eine gesunde Welt als produktiv, innovativ und resilient und der Gesundheitssektor als einer der weltweit größten Wirtschaftszweige beschrieben wird. Auch 2018 wurde im sogenannten Staatssekretärsausschuss für nachhaltige Entwicklung beschlossen, dass „[...] Gesundheit in Deutschland ebenso wie global zugleich Ziel, Voraussetzung und Motor für eine nachhaltige Entwicklung und die Gewährleistung eines erreichbaren Höchstmaßes an körperlicher und geistiger Gesundheit ein unveräußerliches Menschenrecht ist, bei dessen Verwirklichung niemand zurückgelassen werden darf; [...]“ (Bundesregierung 2018: 1). In diesem Rahmen werden die NCDs als zunehmende Herausforderung für Entwicklungsländer anerkannt. So erklärt das BMZ (2019: 7): „Insbesondere die Prävention nicht übertragbarer Krankheiten werden wir zukünftig stärker in den Fokus nehmen.“ Auch im Rahmen der Globalen Gesundheitspolitik Deutschlands wird die weltweite Ausbreitung der NCDs beschrieben und als zentrale Herausforderung und dies besonders bei der Armutsbekämpfung benannt. Tabak wird hier als ein Risikofaktor dargestellt und die FCTC als ein Umsetzungsschwerpunkt zur Prävention der NCDs (vgl. BMZ 2019; BMZ o.J.; BMG 2013).

Das Selbstverständnis der nichtstaatlichen deutschen Entwicklungszusammenarbeit setzt sich aus dem Selbstverständnis der Zivilgesellschaft und der kirchlichen Organisationen, die durch den Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (VENRO) repräsentiert werden, der politischen Stiftungen und der Wirtschaft zusammen. Dabei sieht der VENRO seine zentrale Funktion darin, die Wirkung und Qualität seiner Mitgliedsorganisationen als Akteure der Veränderung zu steigern und seine Positionen in die deutsche Politik einzubringen und durchzusetzen. Entwicklungszusammenarbeit stellt hier ein Arbeits- und Erfahrungsfeld neben interkultureller Bildungsarbeit, zivilem Friedensdienst und Humanitärer Hilfe dar. Während analog zu der staatlichen Entwicklungszusammenarbeit auch hier die Agenda 2030 und die Menschenrechte als Orientierungsrahmen anerkannt und betont werden, liegt doch insgesamt ein etwas stärkerer Akzent auf den Werten der Gerechtigkeit und der internationalen Solidarität. Daneben stehen auch Ziele, wie Nachhaltigkeit, soziale und ökonomische Transformation und die Ermöglichung eines Lebens in Würde und Sicherheit im Vordergrund. Zum Teil wird eine Abgrenzung zum Selbstverständnis staatlicher Entwicklungszusammenarbeit vollzogen,

was sich in einer kritischen Haltung zu einigen Themen oder auch zu einigen Inhalten der Agenda 2030 zeigt. Besonders hervorzuheben ist hier der deklarierte Widerspruch zwischen dem Festhalten an einem Konzept des weitergehenden Wirtschaftswachstums bzw. an Modellen neoliberaler Wirtschaftspolitik und der Endlichkeit der natürlichen Ressourcen. Eine stärkere Kohärenz wird in dieser Debatte aber auch zwischen den verschiedenen Politikfeldern innerhalb Deutschlands gefordert. Grundsätzlich wird z. B. zudem kritisiert, dass die Zunahme des deutschen Etats von Entwicklungszusammenarbeit im Vergleich zum Verteidigungsetats nur gering sei (vgl. Aberle et al. 2020; VENRO 2017; Abshagen et al. 2016; VENRO 2015). Die kirchlichen bzw. religiösen Organisationen zeichnen sich hier durch eine besondere Nähe zu den Ärmsten der Armen aus und sehen ihre Aufgabe, geleitet von christlichen Werten darin, Menschen aus Not und Elend zu befreien, Hilfe zur Selbsthilfe zu gewähren und in Regionen präsent zu sein, in denen staatliche Hilfe nicht geleistet werden kann. Gerade für den Gesundheitsbereich nehmen sie dabei in einigen Regionen eine wichtige Rolle ein (vgl. Brot für die Welt 2020; BMZ 2015; Christliche Fachkräfte International o.J.; Misereor o.J.). Die deutschen politischen Stiftungen sind insbesondere darum bemüht, demokratische, freiheitliche und rechtsstaatliche Strukturen aufzubauen und orientieren sich dabei an Menschen- und Bürgerrechten (vgl. FES o.J.). In der unternehmerischen Entwicklungszusammenarbeit tritt eine stärker umsetzungsorientierte und weniger konzeptionell-reflektierte Haltung hervor, die jedoch vom Grundsatz her mit den beschriebenen Interessen, Zielen und Werten übereinstimmt (vgl. AFOS-Stiftung 2020; Siemens Stiftung 2020).

Somit wird deutlich, dass es für das Selbstverständnis der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zentral ist, Menschen weltweit im Kontext der natürlichen Ressourcen zu fördern und ihnen in schwierigen Lebenslagen zu helfen. Dies setzt an den Menschen selber und an den Rahmenbedingungen an, in denen sie leben. Gesundheit ist dabei wesentlich und kann gleichermaßen als Voraussetzung und Ergebnis von Entwicklung betrachtet werden.

Entwicklungszusammenarbeit und Tabakkontrolle

Im Zuge des ausbleibenden Einschlusses der NCDs und von Tabakkontrolle in die MDGs äußerten sich mehrere Autoren über den Zusammenhang von Tabak und Entwicklung und forderten, Tabakkontrolle stärker in Entwicklungsprogramme zu integrieren. Dabei wird zum einen auf die besondere Rolle des Themas und zum anderen auf den besonderen Finanzierungsbedarf aufmerksam gemacht (vgl. Collin 2012; Reddy et al. 2012; Ross und Stoklosa 2011). Reddy et al. (2012) beschreiben einige der im Rahmen dieser Arbeit bereits dargelegten zahlreichen Zusammenhänge zwischen Tabak und

Entwicklung. Sie schlagen vor, dass Tabakkontrollaktivisten mit Akteuren der Entwicklungszusammenarbeit und von Global Health stärker zusammenarbeiten, um Tabakkontrolle innerhalb dieser Gebiete aktiv voranzutreiben. Einen konkreten Rahmenplan zur Umsetzung von Tabakkontrolle innerhalb von Entwicklungszusammenarbeit beschreibt Allen (2012), der selber als Projektleiter in Projekten der Entwicklungszusammenarbeit zur Tabakkontrolle gearbeitet hat. Er weist dazu auf Artikel 26 der FCTC hin, in dem u. a. vorgesehen ist, dass Vertragsparteien Entwicklungsorganisationen zur Finanzierung von Tabakkontrolle in Entwicklungs- und Schwellenländern auffordern. Weiterhin wird darin auch technische Hilfe in Form von Entwicklungszusammenarbeit zur Umsetzung von Tabakkontrolle für diese Länder bestimmt. In sechs Tabellen umreißt er die Eckpunkte für erfolgreiche Tabakkontrolle im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit:

- Grundsätze,
- Erkenntnisse aus einem durchgeführten Projekt,
- Voraussetzungen der Finanzierung,
- Strategische Grundsätze zur Auswahl und Durchführung,
- Zu priorisierende Interventionen und
- Effektive Durchführung.

Dabei legt er u. a. Wert darauf, dass Projekte auf Nachfrage aus den Partnerländern und nicht aus Initiative der Geber sowie, dass evidenzbasierte Interventionen implementiert werden.

Zwischenfazit: Entwicklungszusammenarbeit

Entwicklungszusammenarbeit wird bis heute vom Entwicklungsbegriff geprägt, der Fortschritt impliziert. Auch Entwicklungstheorie und Entwicklungspolitik beeinflussen die Entwicklungszusammenarbeit in ihrer jeweiligen zeitlichen Ausprägung. Somit hat Entwicklungszusammenarbeit eine lange und bewegte Geschichte hinter sich, in der sich unterschiedliche Entwicklungsparadigmen herausbildeten und diese in der Praxis getestet wurden. Das heutige Verständnis ist durch diese Erfahrungen geprägt und will im Gegensatz dazu, eine bestimmte Richtung zu vertreten eher der Komplexität des Entwicklungsbegriffs gerecht werden. Zudem haben sich die Rahmenbedingungen der Entwicklungszusammenarbeit grundlegend geändert, da Entwicklungsprozesse zu einer veränderten Akteurskonstellation führen und die frühere „Nord-Süd-Dichotomie“ somit aufgehoben werden muss. Die deutsche Politik hat darauf mit dem Reformkonzept 2030 reagiert, in dem sie eine neue Länderklassifizierung eingeführt hat. Grundsätzlich ist zu überlegen, wie Entwicklungszusammenarbeit weiterhin und in der Zukunft so aufgestellt werden kann, dass sie den aktuellen und zukünftigen globalen Herausforderungen ge-

recht wird. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit orientiert sich an der Agenda 2030 und an den Menschenrechten. Sie ist dabei an humanistischen und ethischen Werten ausgerichtet und möchte ebenso die Zukunftssicherung für Deutschland gewährleisten (staatliche Entwicklungszusammenarbeit). Im Kern der deutschen staatlichen und nichtstaatlichen Entwicklungszusammenarbeit steht die Ermöglichung eines Lebens in Würde und Sicherheit für alle Menschen. Dabei ist die Förderung der Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil und zugleich Voraussetzung und Ergebnis von Entwicklung.

Zielsetzung und Fragestellung

Aus den Darlegungen geht hervor, dass Tabakgebrauch ein wesentliches Gesundheits- und soziales Problem ist, das mit Krankheit, starkem Leid und vorzeitigem Sterben einhergeht. Besonders für Menschen, die in der Region der LMIC leben, stellt dies eine erhebliche gesundheitliche Belastung und Bedrohung dar, da sich diese Länder in den ersten Stadien der Tabakepidemie befinden und ein Ansteigen des Tabakgebrauchs in vielen Regionen zu erwarten ist. Treiber dieser Entwicklung sind der epidemiologische Übergang, der eine Zunahme der NCDs in ehemals schwerpunktmäßig von Infektionskrankheiten betroffenen Gebieten bedeutet, das Bevölkerungswachstum, alternde Gesellschaften und weitere Entwicklungsprozesse, die oftmals mit einem steigenden Tabakgebrauch einhergehen. Dabei spielt die Tabakindustrie durch ihr kommerzielles Interesse an der Maximierung des Absatzes ihrer Produkte eine entscheidende Rolle zur Verschärfung der Lage. Besonders gravierend ist der starke Zusammenhang zwischen Tabakgebrauch und Armut. Tabakgebrauch verschlechtert die Lage von belasteten und armen Haushalten und führt häufig in den finanziellen Ruin und in existenzielles Elend. Somit trägt Tabakgebrauch zur Verstärkung sozialer Ungleichheit auf globaler und nationaler Ebene bei und steht einer nachhaltigen Entwicklung entgegen, für die die Gesundheit der Menschen maßgebend ist. Lösungsmöglichkeiten, –ansätze und –instrumente für das Problem des Tabakgebrauchs in LMIC bieten die FCTC, die Agenda 2030, aber auch die Menschenrechte, die das Recht auf Leben und Gesundheit beinhalten. Einen konkreten Rahmen für die Implementierung von Tabakkontrollinterventionen stellt die FCTC dar. Hier wird auch in Artikel 26 auf die Möglichkeit verwiesen, Entwicklungszusammenarbeit für die Umsetzung und Förderung von Tabakkontrolle in LMIC zu nutzen. Entwicklungszusammenarbeit selber wurde dafür eingerichtet, um sozialen und wirtschaftlichen Fortschritt von Ländern zu unterstützen. Dies umfasst im Kern die Förderung eines sicheren und würdevollen Lebens aller Menschen, wobei Gesundheit als Voraussetzung und Ergebnis von Entwicklung dafür wesentlich ist. Wegweisend sind dabei für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit die Agenda 2030 und die Menschenrechte.

Tabakgebrauch in LMIC ist also ein starkes gesundheitliches Problem, Lösungsmöglichkeiten, -ansätze und –instrumente liegen vor, und das erklärte Ziel von Entwicklungszusammenarbeit umfasst ein Leben in Gesundheit und Wohlstand. Deshalb ist es naheliegend, zu erwägen, dass Tabakkontrolle zum Aufgabenfeld von Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit zählt. Hier setzt die Zielsetzung der vorliegenden Studie an. Sie möchte den Zusammenhang zwischen Tabakkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit näher ergründen, um damit, wenn möglich, die Grundlage für weitergehende For-

schung zu schaffen, Tabakkontrollaktivisten Anhaltspunkte für eine bessere Zusammenarbeit mit der Entwicklungszusammenarbeit zu liefern, der Entwicklungszusammenarbeit die Problemlage bewusst zu machen und gleichzeitig Möglichkeiten des Engagements aufzuzeigen sowie Partnerländer von Entwicklungszusammenarbeit dazu ermutigen, Tabakkontrolle von ihren Gebern einzufordern. Dabei konzentriert sie sich auf die deutsche Entwicklungszusammenarbeit, da diese als zweitgrößter Geber von ODA international eine große Bedeutung hat. Zudem hat sich die deutsche Politik mit ihrer Strategie für Globale Gesundheit noch stärker zu einer internationalen Gesundheitsförderung bekannt. In der öffentlichen Darstellung der Aufgaben und Aktivitäten von deutscher Entwicklungszusammenarbeit, welche staatliche und nichtstaatliche Organisationen umfasst, ist Tabakkontrolle dagegen kaum präsent. Aus diesem Grund ist es ein Unterziel der Studie, herauszufinden, ob Organisationen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit überhaupt Projekte oder Aktivitäten der Tabakkontrolle durchführen oder unterstützen. Da es dabei um einzelne Maßnahmen der Tabakkontrolle geht, soll zuvor die Evidenzlage zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC eruiert werden. Schließlich ist die Haltung und Einstellung gegenüber dem Aufgabenfeld von Tabakkontrolle innerhalb der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ein wesentliches übergeordnetes Erkenntnisinteresse. In diesem Rahmen sollen auch wahrgenommene Barrieren gegen die Durchführung von Tabakkontrolle innerhalb der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zur Sprache kommen.

Um das Erreichen der Ziele zu unterstützen, wurden für diese Arbeit Fragestellungen formuliert. Die übergeordnete Fragestellung der Arbeit lautet: Betrachten die Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland Tabakkontrolle als ihre Aufgabe? Darauf aufbauend soll gefragt werden, wenn sie dies als ihre Aufgabe sehen, welche Methoden sie bereits einsetzen bzw. einsetzen würden. Wenn sie dies dagegen nicht als ihre Aufgabe sehen, sollen die Gründe für diese Einstellung erfragt werden. Da als ein möglicher Grund die wahrgenommene geringe Wirksamkeit angenommen wurde, ist eine weitere Fragestellung dieser Arbeit: Wie ist die Evidenzlage für die Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen, die sich aus der FCTC ergeben für den Einsatz in LMIC?

Erster Teil: Evidenzlage zur Wirksamkeit von Tabakkontrolle in Ländern mit durchschnittlich niedrigem und mittlerem Einkommen (LMIC)

Einleitung

In der vorliegenden Arbeit ist die Tabakkontrolle ein Beispiel für eine Intervention zur Verbesserung der Gesundheit in LMIC. In Anlehnung an das DKFZ (o.J.) wird davon ausgegangen, dass der Tabakgebrauch gesundheitsgefährdend und eine Tabakabstinenz gesundheitsförderlich ist. Gesundheitliche Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Tabak werden international als „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F17.-Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak) klassifiziert (vgl. Krollner und Krollner 2019).

Tabakgebrauch ist neben Fehlernährung, exzessivem Alkoholkonsum und Mangelbewegung eine gesundheitsschädigende Verhaltensweise Einzelner und von Bevölkerungsgruppen, die einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung chronischer Krankheiten hat. Diese haben im Rahmen des folgenreichen Wandels des Morbiditäts- und Mortalitätsspektrums zunehmend Bedeutung erlangt (Siegrist 2012: 143).

„Interventionsansätze“ oder „Methoden der Prävention“ werden in der Literatur zum Teil unterschiedlich strukturiert, klassifiziert und beschrieben (ebd.: 153; Klemperer 2014: 196ff.). Nach Klemperer (2014: 196ff.) kann man folgende Methoden unterscheiden:

- Medizinische Prävention
 - Einsatz medizinischer Maßnahmen zur Prävention
 - Unterscheidung in Primär- (Einsatz medizinischer Maßnahmen, wie z. B. Impfungen), Sekundär- (Erkennung und Frühbehandlung von Krankheiten) und Tertiärprävention (Minderung von Krankheitsfolgen bzw. „Rehabilitation“)
- Verhaltensprävention
 - Änderung von Verhaltensweisen, die die eigene oder die Gesundheit anderer betreffen
 - Mit (zielgruppengerecht) und ohne Kontextbezug (z. B. Gesundheitskurse, Seminare, Vorträge in der Erwachsenenbildung oder von Krankenkassen)
- Verhältnisprävention
 - Gestaltung von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen
 - Ziel: Vermeidung von gesundheitlichen Belastungen und Verbesserung der Gesundheit.

Siegrist (2012: 153) nennt medizinische und Verhaltensprävention „Gruppen- und/oder individuenzentrierte Prävention“ und Verhältnisprävention „Strukturelle Prävention“. Als weitere Methode nennen Siegrist (2012) und Klemperer (2014) die Gesundheitsförderung. Bei Siegrist (2012: 153) heißt es dazu: „Gesundheitsförderliche Interventionen haben hingegen [im Gegensatz zur strukturellen Prävention und Gruppen- und/oder individuenzentrierter Prävention, d. Verf.] zum Ziel, Individuen durch Stärkung von Ressourcen zu befähigen, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitsschancen zu erhöhen. Weiter zielen gesundheitsförderliche Maßnahmen darauf ab, durch Verbesserung der Lebensbedingungen die gesundheitliche Entfaltungsmöglichkeit Einzelner zu stärken.“ Diese Definition enthält Komponenten der Verhaltens- und Verhältnisprävention nach Klemperer (2014: 196 – 197), setzt aber einen stärkeren Fokus auf Selbstbestimmung, Emanzipation und „Empowerment“ (ebd.: 200). In der Ottawa-Charta von 1986 wurde ein umfassendes Konzept von Gesundheitsförderung entwickelt. Darin wird Gesundheitsförderung als gesellschaftliche und öko-soziale Querschnittsaufgabe beschrieben, deren Akteure Individuen, Organisationen, Kommunen aber auch die Politik sein können (vgl. WHO RegEUR, 2020).

Es ist inzwischen bekannt, dass verhaltenspräventive Ansätze ohne Kontextbezug eher die gesunde, weibliche Mittelschicht erreichen und auf Bevölkerungsebene wirkungsarm sind. Ansätze mit Kontextbezug erfordern dagegen zielgruppenspezifische Kenntnisse, die Verhalten und Verhältnisse betreffen (Klemperer 2014: 196). In diesem Rahmen ist der „Setting-Ansatz“ populär geworden. Durch Zugang zu sog. „Lebenswelten“, wie Kindergärten, Schulen, Stadtteilen oder Kommunen mit niedrigem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen und Einrichtungen und Heimen mit hohem Anteil von Bewohnern mit niedrigem SES sollen sonst schwer zu erreichende Zielgruppen angesprochen werden. Hier verspricht man sich eine adäquate Umsetzung von „verhältnisgestützter Verhaltensprävention“ (ebd.: 197) und Gesundheitsförderung. Damit ist die Hoffnung verbunden, eine bessere Wirksamkeit, als bei „reiner Verhaltensprävention“ (ebd.) zu erreichen.

Evidence-based Public Health

Die Entscheidung für die Durchführung einer Maßnahme soll in Evidence-based Public Health (EbPH) auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz getroffen werden (Gerhardus 2010: 20).

Bei EbPH geht es, analog zur Evidenz-basierten Medizin (EbM) darum, Praktikern und Entscheidungsträgern Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Forschung an die Hand zu geben bzw. diese in den Forschungsprozess einzubeziehen (Gerhardus 2010: 23; Razum 2010: 185). Wissenschaft ist „[...] das lehrbare Gesamtergebnis von Einzelfor-

schungen über einen bestimmten Bereich, die auf begründete Weise und allgemein nachvollziehbar zustande gekommen sind und ihrer Vermehrung, Erweiterung und Korrektur offenstehen.“ (Klemperer 2014: 40).

EbM wurde prägnant in einem bekannten und viel zitierten Artikel folgendermaßen definiert: „EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett et al. 1996: 1²⁴) Daraus geht hervor, dass zur Entscheidungsfindung neben der Evidenz die individuelle klinische Expertise des Arztes erforderlich ist. Dazu kommt, dass auch das Wissen und die Erfahrung des Patienten dazu beitragen (Klemperer 2014: 71).

Mit EbPH und EbM wird das Ziel verfolgt, die gängige Praxis durch die Darstellung der Datenlage zu verbessern (Gerhardus 2010a: 31 – 47; Klemperer 2014: 68). Das bedeutet, dass, analog zu dem Ziel der Verbesserung der individuellen Gesundheit in EbM (Klemperer 2014: 70), in EbPH das Ziel verfolgt wird, die Gesundheit auf der Bevölkerungsebene zu verbessern (Gerardus 2010: 28).

Die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Erfordernisse für EbM und EbPH werden in der Literatur diskutiert (vgl. Frommer und Rychetnik 2005).

Da es in der vorliegenden Arbeit schwerpunktmäßig um den Bereich von EbPH geht, werden im Folgenden wesentliche Merkmale von Public-Health-Interventionen nach Frommer und Rychetnik (2005: 61 – 62) aufgezählt:

- Planung und Implementierung auf Gemeinde- oder Populationsebene
- Komplexität, Programmatik, oftmals mehrere Komponenten, Einbeziehung von Sektoren außerhalb des Gesundheitsbereichs
- Mehrere Outcomes und Outcome-Typen
- Strategien und Wirksamkeit hängen stark von sozialen, ökonomischen und politischen Kontexten ab
- Outcomes werden von Determinanten außerhalb der Intervention beeinflusst.

Beispiele für Public-Health-Interventionen sind:

- Politik/Strategien von Regierungen und Nichtregierungsorganisationen
- Gesetze und Regelungen

²⁴ Übersetzung nach EbM Netzwerk online: <https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/leitartikel-sackett> (30.04.2019).

- Organisationale Entwicklungsinitiativen
- Erziehungsmaßnahmen für Individuen und Gemeinden
- Konstruktionen und technische Entwicklungen
- Dienstleistungsentwicklung und –erbringung
- Kommunikation, Social Marketing (ebd.: 59).

Aufgrund der Komplexität von Public-Health-Problemen müssen mehrere Dimensionen in den Forschungsprozess einbezogen werden. So sollten medizinische, ökonomische, ethische, soziokulturelle und rechtliche Aspekte zu Krankheiten und Maßnahmen beachtet und untersucht werden. Ebenso muss eine Bewertung von Ressourcen, Werten und Interessen stattfinden, da diese den Forschungsprozess und seine Ergebnisse in der Regel beeinflussen. In der Evidenzbasierung wird auf ein systematisches, transparentes und zielgerichtetes Vorgehen geachtet (Gerhardus 2010: 24 – 28).

Evidenz wird bei Klemperer (2014: 72) als „[...] Information aus klinischer Erfahrung betrachtet, die durch einen anerkannten Test auf ihre Validität geprüft wurde. Der erforderliche Standard wird durch die Anforderungen der Intervention und durch klinische Fragen bestimmt.“ Analog zu klinischer Forschung in EbM werden in EbPH auch nicht klinische Forschungsdesigns benötigt (vgl. Rychetnik et al. 2002).

Ein bedeutendes Instrument der Evidenzbasierung sind systematische Reviews (systematische Übersichtsarbeiten, engl. Systematic Reviews). Diese werden in EbM und EbPH genutzt (Gerhardus 2010: 22).

Im Folgenden werden, ausgehend von systematischen Übersichtsarbeiten (engl. Systematic Reviews), weitere Instrumente der Evidenzbasierung und –synthese, die in verschiedenen Bereichen erstellt und angewendet werden, beschrieben.

Systematische Übersichtsarbeiten

Ein Systematic Review ist eine Sekundärstudie, in der zu einem Thema vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch, transparent und reproduzierbar zusammengeführt werden. Bereits vorhandene Studienergebnisse werden dabei genutzt und qualitativ oder quantitativ zusammengefasst (Dreier et al. 2012: 442).

Systematic Reviews werden zur Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen zunehmend von unterschiedlichen Akteuren erstellt. Die Cochrane Collaboration²⁵ ist eine bekannte internationale Organisation, innerhalb derer Systematic Reviews durchgeführt und über die Datenbank „Cochrane Database of Systematic Reviews“²⁶ zur Verfügung

²⁵ <https://www.cochrane.org/> (06.06.2019)

²⁶ <https://www.cochranelibrary.com/> (14.02.2020)

gestellt werden (Dreier et al. 2012: 442). Systematic Reviews können in Politik und Praxis genutzt werden (Petticrew und Roberts 2006: 11 – 15). Sie dienen dazu, mit der wachsenden Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen („Information overload“) mitzuhalten und durch Organisation und Priorisierung die wesentlichen Informationen in Bezug auf eine aufgestellte Forschungsfrage darzustellen (ebd.: 7 – 9).

Im Folgenden wird die Durchführung eines Systematic Reviews nach der Cochrane Collaboration beschrieben, da in der vorliegenden Arbeit primär Systematic Reviews der Cochrane Collaboration als Evidenzbasis herangezogen wurden.

Die Cochrane Collaboration und ihre Methode zur Erstellung von systematischen Übersichtsarbeiten

In 53 Gruppen der Cochrane Collaboration arbeiten Forscher, Gesundheitsexperten und Nutzer von Gesundheitsversorgung darin zusammen, Systematic Reviews in unterschiedlichen Bereichen vorzubereiten, durchzuführen und zu aktualisieren. Gruppen zur Methodik, Weiterbildung, Interessenvertretung und zur Integration verschiedener Dimensionen von Gesundheit erbringen dabei unterstützende Leistungen (vgl. Green et al. 2011). Der Aufbau eines Systematic Reviews²⁷ ist vorgegeben und besteht im Wesentlichen aus:

- Hintergrund
 - Begründung der Relevanz gestellter Fragen und deren Beantwortung
- Zielen
 - Intervention
 - Gesundheitsproblem
 - Populationen/Gruppen oder Settings
 - Ober- und Unterziele
- Methoden
 - Einschlusskriterien für Studien
 - Suchstrategien
 - Datensammlung
 - Datenanalyse
- Ergebnissen
 - Beschreibung der eingeschlossenen Studien
 - Beschreibung des Verzerrungsrisikos
 - Beschreibung der Ergebnisse des SR ohne Beschreibung der Ergebnisse von einzelnen Studien und ohne Schlussfolgerungen

²⁷ Vgl. Anhang I

- Diskussion
 - Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse unter dem Aspekt von besonderen Unsicherheiten und der Abwägung des besonderen Nutzens gegen besondere Schäden einer Intervention
 - Beschreibung der Vollständigkeit und der Anwendbarkeit der Evidenz
 - Bewertung der externen Validität und der Adressierung relevanter Patientengruppen, Interventionen und Outcomes
 - Einordnung in den Kontext der gängigen Praxis
 - Qualität der Ergebnisse
 - Einschränkungen der Qualität u. a. anhand von Verzerrungsrisiken
 - Einordnung der Ergebnisse in den Kontext weiterer Evidenz, Feststellen von Übereinstimmungen und Abweichungen
- Schlussfolgerung
 - Eher Informationen teilen, als Ratschläge zu geben
 - Präsentation von konkreten, eindeutigen, nicht über die Evidenz aus der Analyse hinausgehenden und durch Daten im Review gerechtfertigten Informationen für die Praxis
 - Der identifizierten Evidenz entsprechende und nicht darüberhinausgehende Hinweise zu weiterer Forschung.

Weiterhin werden in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration Quellenangaben zu allen Studien (eingeschlossen, nicht eingeschlossen, noch nicht klassifiziert und laufend) gemacht (unter [engl.]: References). Die eingeschlossenen und ausgeschlossenen Studien werden näher beschrieben (Eigenschaften der Studien, engl. Characteristics of Studies). Daten und Analysen aus den Primärstudien werden ebenfalls dargestellt (engl. Supplementary information: data and analysis). Im Abstract werden Hintergrund, Ziele, Suchmethoden, Datensammlungs- und analyse, Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Autoren zusammengefasst (vgl. Green und Higgins 2011; Higgins und Green 2011).

Statistische Zusammenführung und Meta-Analyse

In Meta-Analysen werden quantitative (numerische) Ergebnisse aus zwei oder mehr Studien statistisch zusammengefasst. Wenn Studien zu unterschiedlich sind, soll keine Meta-Analyse durchgeführt werden. Dann bietet es sich an, die Ergebnisse nach Untergruppen von ähnlichen Studien zusammenzufassen (vgl. Deeks et al. 2011). Die Cochrane Collaboration bevorzugt randomisierte kontrollierte Studien (engl. Randomized

Controlled Trials, RCTs). Es wird aber argumentiert, dass es Gründe dafür gibt, auch nicht randomisierte Studien (engl. non-randomized studies, NRS) einzubeziehen, weil Interventionen existieren, die nicht randomisiert werden können oder die nur selten in RCTs untersucht werden. Diese Studien sollen nur in Ausnahmefällen in Meta-Analysen zusammengefasst werden. Die Daten aus RCTs und NRS sollen eher getrennt zusammengefasst werden (vgl. Reeves et al. 2011). Ebenso ist es möglich, dass qualitative Forschung in einen Systematic Review der Cochrane Collaboration einbezogen wird (vgl. Noyes et al. 2011). Für die Form der Zusammenfassung von nicht numerischen Studienergebnissen werden in einer hier einbezogenen Übersichtsarbeit (Nr. 20/Chamberlain et al. 2013: 26 und 38) z. B. die Begriffe „Narrative synthesis“ oder „Narrative descriptions“ verwendet.

Robustheit der Ergebnisse und Qualitätsbewertung

Ob die Ergebnisse eines Systematic Reviews gültig (auch: valide [d. Verf.]) sind, ist eine Frage der Qualität. Das Verzerrungsrisiko ist eine Komponente der Qualitätsbewertung eines Systematic Reviews. In der Cochrane Collaboration wird das Verzerrungsrisiko in fünf Formen klassifiziert. Darin wird berücksichtigt, wie Studienteilnehmer in den Primärstudien ausgewählt und zugeteilt wurden, ob Studienteilnehmer oder Forscher wussten oder ahnen konnten, wer welchen Gruppen zugeteilt war; ob Studienauswerter wussten, welcher Studienteilnehmer welche Intervention erhalten hat; ob Studienteilnehmer im Verlauf ausschieden und nicht weiter teilnahmen und wie die Informationen zu den Outcomes wiedergegeben wurden. Alle weiteren Vermutungen über Gründe von möglichen Verzerrungen sollen angegeben werden (vgl. Higgins et al. 2011). In der Qualitätsbewertung hat auch das Studiendesign eine Bedeutung. RCTs stehen dabei normalerweise an erster und Fallberichte an letzter Stelle²⁸. Weiterhin sollen Unterschiedlichkeiten in den Primärstudien und abweichende Ergebnisse erklärt werden (vgl. Schünemann et al. 2011).

Beurteilung der praktischen Anwendbarkeit

Die Autoren von Systematic Reviews der Cochrane Collaboration sollen normalerweise keine Beurteilungen über die praktische Anwendbarkeit der untersuchten Interventionen (Empfehlungen) geben. Dies bedarf zusätzlicher Informationen, weil dafür Abwägungen getroffen werden müssen, wie z. B. den geschätzten Nutzen mit möglicherweise schad-

²⁸ Hier wird bei Cochrane der GRADE-Ansatz verfolgt:
<https://training.cochrane.org/handbook/archive/v5.1/> [„12.2.1 The GRADE approach“] (29.12.2019).

haften Wirkungen ins Verhältnis zu setzen. Diese Aufgabe fällt eher in den Bereich von Entwicklern klinischer Leitlinien. Wenn Autoren von Systematic Reviews der Cochrane Collaboration dennoch beschließen, eine Empfehlung zu geben, müssen sie die Qualität der Evidenz, die Abwägung zwischen Nutzen und Schaden, unterschiedliche Handlungsoptionen nach unterschiedlichen Werte- und Präferenzmustern und weitere Einflussfaktoren, wie das Patientenrisiko, Kosten und Kostenträger und Ressourcenverfügbarkeit beschreiben. Alle patientenrelevanten Outcomes müssen berücksichtigt und mit Werten und Präferenzen in Zusammenhang gebracht werden. Dazu sind formale ökonomische Analysen, die Sensitivitätsanalysen mit verschiedenen Annahmen zu Werten und Präferenzen integrieren, geeignet. Jedoch ist damit der Rahmen der meisten Systematic Reviews überschritten. Systematic Reviews können aber für diese Formen der Analyse genutzt werden (vgl. Schünemann et al. 2011)²⁹.

Empfehlungen für weitere Forschung

Die Autoren sollen eine Hilfestellung für die Entscheidung zu weiterer Forschung in der Gesundheitsversorgung geben. Dabei spielen

- Der Forschungsstand (**E**videnz),
- Die **P**opulation (z. B. Diagnose, Krankheitsstadien, Komorbiditäten),
- Die **I**ntervention (z. B. Typ, Frequenz, Dosierung, Dauer),
- Die Vergleichsgruppe (engl. **C**omparison, z. B. Placebo, normale Versorgung),
- Das **O**utcome (z. B. klinisch oder patientenorientiert) und
- Die **Z**eit (engl. **T**ime, Datum der Literaturrecherche oder Empfehlung) [EPICOT] eine Rolle (Schünemann et al., 2011).

Darstellung des Landes der Studiendurchführung

Unter den Eigenschaften der Studien (engl. Characteristics of Studies) wird das Land der Studiendurchführung meistens genannt³⁰.

²⁹ In diesem Abschnitt ist ein gewisser Widerspruch zu den Aussagen in Kapitel 2 und 4 des Cochrane Handbooks (s. unter „Die Cochrane Collaboration und ihre Methode zur Erstellung von systematischen Übersichtsarbeiten“, Unterpunkt: „Diskussion“) festzustellen. Darin wird beschrieben, dass u. a. die Anwendbarkeit der Evidenz dargestellt werden soll. Dieser Widerspruch wäre dadurch zu erklären, dass die Anwendbarkeit im Rahmen der Beantwortung der gestellten Fragestellung in der systematischen Übersichtsarbeit beurteilt wird, aber nicht in eine konkrete Empfehlung münden soll. Oder man kann es sich so vorstellen, dass in Systematic Reviews, in denen auch z. B. Schadefekte untersucht wurden, diese beschrieben werden und damit eine konkrete Aussage zur Anwendbarkeit der Intervention gegeben werden kann. Damit wäre dann ein gewisser Grad einer Empfehlungsmöglichkeit gegeben. In Systematic Reviews dagegen, in denen Schadefekte nicht untersucht wurden, wäre ein geringerer Grad an Empfehlungsmöglichkeit gegeben und es werden für die Praxis dann noch außerhalb des Systematic Reviews liegende Informationen oder Abwägungen gebraucht [d. Verf.].

³⁰ Vgl. Anhang I

Overviews of Reviews

Bereits in einem Artikel aus dem Jahr 1997 wurde festgestellt, dass die Anzahl der veröffentlichten Meta-Analysen³¹ pro Jahr im Zeitraum zwischen 1987 bis 1997 mindestens 500-fach angestiegen ist (Jadad et al. 1997: 1411). Ein Risiko, das damit einhergeht, ist, dass verschiedene Systematic Reviews zu denselben Fragestellungen erstellt werden. Die Systematic Reviews zu einer Fragestellung können dann so unterschiedlich sein, dass sie mehr verwirren als zur Klärung beizutragen. Das erschwert die Interpretation der Ergebnisse und das Ziehen von Schlussfolgerungen (ebd.).

Eine noch vergleichsweise neue Methode zur Zusammenfassung von Systematic Reviews sind Overviews of Reviews (im weiteren als Overviews bezeichnet, d. Verf.): „Overviews are a relatively recent development in healthcare, and the methodology for doing them is still evolving.“ (Hartling 2014: 490)

Pieper et al. (2013: 593 – 594) kritisieren, dass noch keine einheitliche Definition für diesen Typ der Evidenzsynthese vorliegt und dass in vielen Institutionen und Organisationen, wie z. B. in einigen HTA³²-Agenturen, keine gängigen Standards etabliert sind.

Dagegen widmet die Cochrane Collaboration der Erstellung von Overviews ein eigenes Kapitel³³.

Die Vorteile, die man sich von Overviews verspricht, sind, dass man bei mehreren Systematic Reviews zu der gleichen oder einer ähnlichen Fragestellung Gründen für diskordante Ergebnisse auf den Grund gehen kann, Schlüsse im Hinblick auf die Übertragbarkeit von Ergebnissen in die Praxis ziehen kann (Vergleich von verschiedenen Populationen, Interventionen, Endpunkten und Settings) und dass aufgrund der hohen Datenkomplexität Fragen in kürzerer Zeit beantwortet werden können (ebd.: 593).

Es gibt aber auch methodische Schwierigkeiten und Herausforderungen. Z. B. stellen Jadad et al. (1997: 1411 – 1416) dar, dass ein transparenter Umgang mit diskordanten Systematic Reviews in einem Overview erforderlich ist. Sie beschreiben, wie unterschiedlich Effekte in Systematic Reviews sein können, die z. B. in der Effektrichtung, Effektstärke oder in der statistischen, möglicherweise im Gegensatz zur klinischen Bedeutung variieren können. Effekte werden durch eine Vielzahl von Bedingungen bestimmt, die in mehreren Systematic Reviews unterschiedlich sein können. Dies geht von der Fragestellung bis zur Methodik der Datensammlung und –auswertung. Um diese

³¹ Kann hier als Systematic Review verstanden werden [d. Verf.].

³² HTA: vgl. 113

³³ <https://training.cochrane.org/handbook/archive/v5.1/> (Kapitel 22, 18.08.2020).

Unterschiedlichkeit sichtbar zu machen, entwickelten die Autoren einen Entscheidungsalgorithmus (ebd.: 1413), der in der Erstellung von Overviews angewendet werden kann. Problematisch kann es z. B. auch sein, wenn Overviews Systematic Reviews zusammenfassen, die auf dieselben Primärstudien zurückgegriffen haben. Dann spricht man von dem Problem der „Overlaps“ (dt. Überlappung). Diese Situation spricht dafür, dass eine nicht notwendige Dopplung von Systematic Reviews vorliegt³⁴. Um Überlappungen von Primärstudien in Systematic Reviews darzustellen, bieten sich Kreuztabellen an, in denen die Primärstudien nach den eingeschlossenen Systematic Reviews offengelegt werden. Nachteilig ist hier allerdings, dass dies in diesem Rahmen mit einem hohen Zeitaufwand verbunden ist sowie, dass sehr viel Platz dafür benötigt wird. Dagegen erscheint es einfacher, eine Maßzahl für den Grad der Überlappung einzuführen (Pieper et al. 2014: 368 – 375).

In der Literatur wird weiterhin darauf hingewiesen, dass eine Bewertung der Qualität der eingeschlossenen Systematic Reviews mit validierten Instrumenten durchgeführt werden muss (Jadad et al. 1997: 1412; Pieper et al. 2012: 1273). Hier bietet sich AMSTAR (A measurement tool to assess systematic reviews)³⁵ an (Shea et al. 2009: 1013 – 1020). Dies ist ein Fragebogen mit elf Items, der als Prüfliste gehandhabt werden kann.

Um das Verzerrungsrisiko in Overviews zu minimieren, schlagen Ballard und Montgomery (2017: 92 – 108) vor, im Wesentlichen vier Faktoren bei der Erstellung zu beachten:

1. Überlappung der Systematic Reviews minimieren
2. Bereich der Systematic Reviews mit dem des Overviews abstimmen
3. Methodische Qualität sicherstellen (hier auch die Qualität der Primärstudien beachten)
4. Auf Aktualität der Systematic Reviews achten.

In der vorliegenden Arbeit werden zwei Overviews einbezogen. Das sind:

- „Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis“ (Cochrane Collaboration)
- „Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies“ (Hoffman und Tan 2015).

³⁴ In der Interpretation der Ergebnisse können dann Fehler gemacht werden, wenn man die Zahl der Ergebnisse als Beweis für die Stärke eines Effekts verwendet, wobei eigentlich die Ergebnisse auf nur einer oder wenigen Studien beruhen [d. Verf.].

³⁵ <https://amstar.ca/> (25.11.2019)

Leitlinien

Ähnlich wie Systematic Reviews und Overviews bieten Leitlinien eine Entscheidungsgrundlage im Gesundheitswesen und werden darüber hinaus als gesundheitspolitische Steuerungsinstrumente genutzt. Das Konzept von Leitlinien hat sich in den vergangenen 15 Jahren von der Akzeptanz von Lehrmeinungen und anerkannten Autoritäten hin zu Regelmäßigkeit, Nachvollziehbarkeit, Transparenz, Wissenschaftlichkeit und Evidenzbasierung gewandelt. Heutzutage sind evidenzbasierte Leitlinien im Gegensatz zu Experten- und Konsensus-Leitlinien etabliert. Sie beinhalten in der Regel ein Konsensverfahren, um die Sichtweisen verschiedener Akteure zu integrieren (Helou und Lelgemann 2012: 772 – 775). Leitlinien sollen also sowohl evidenz- als auch konsensbasiert sein (vgl. Djulbegovic und Guyatt 2019). Die Erstellung von Leitlinien ist folglich mit einem Abstimmungs- und Aushandlungsprozess verbunden. Dieser soll gewissen qualitativen Ansprüchen genügen (Helou und Lelgemann 2012: 775). Djulbegovic und Guyatt (2019) beschreiben, dass dafür ein gemeinsames Verständnis und geteilte Werte erforderlich sind.

Der Grund dafür, dass Leitlinien erstellt werden, ist, dass eine Lücke zwischen Theorie und Praxis bzw. zwischen Wissenschaft und Praxis bestehen kann, die sich in Versorgungsdefiziten niederschlägt. Beispielsweise wird in der Literatur auf nicht begründbare regionale Unterschiede der Versorgung aufmerksam gemacht, die auch als „Praxisvariation“ beschrieben werden. Weiterhin wird dargelegt, dass es vorkommt, dass „veraltete“ Herangehensweisen weiter praktiziert werden und dass gleichzeitig Innovationen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich noch nicht belegt ist, unhinterfragt eingeführt werden. Auch das gewandelte Selbstbewusstsein von Patienten hin zu kompetenten Nutzern und informierten Entscheidern hat zur Leitlinienentwicklung beigetragen (Helou und Lelgemann 2012: 774).

In Deutschland wurde der Begriff der Leitlinie in das Sozialgesetzbuch aufgenommen (SGB V: § 137f Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 2 Satz 2 Nr. 1) und damit gesetzlich verankert (Helou und Lelgemann, 2012, S. 773).

Leitlinien liefern im Gegensatz zu Systematic Reviews konkrete Handlungsanleitungen, die als „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ (ebd.: 773) zu verstehen sind. Somit sind Leitlinien als Orientierungshilfen zu sehen. Verbindliche Regelungen werden dagegen in Richtlinien festgelegt. Im US-amerikanischen Raum wird aber zwischen Leitlinien und Richtlinien keine sprachliche Unterscheidung getroffen.

Das Ziel von Leitlinien ist es, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern (ebd.).

Um eine Unterscheidung der Qualität von Leitlinien möglich zu machen, hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die in Deutschland die meisten Leitlinien erstellt hat, eine Einteilung in drei Stufen vorgenommen:

- Entwicklungsstufe 1 (S1): Erarbeitung einer Empfehlung im informellen Konsens durch eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der Fachgesellschaft(en), wird vom Vorstand der Fachgesellschaft(en) verabschiedet
- Entwicklungsstufe 2 (S2): Evidenzbasierung aus wissenschaftlicher Literatur oder formales Konsensusverfahren mit repräsentativer Beteiligung
- Entwicklungsstufe 3 (S3): Kombination von evidenzbasierter Methodik mit formalem Konsensusverfahren (höchste Entwicklungsstufe) [ebd.: 775 – 776].

Zur Leitlinienprüfung und -erstellung steht in Deutschland das Instrument „DELBI“ (Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung)³⁶ zur Verfügung. Damit Leitlinien in der Praxis umgesetzt und befolgt werden, wird in der Literatur gefordert, im Gegensatz zu reinen Publikationen oder konventionellen Fortbildungsmethoden multidimensionale Implementationsmaßnahmen, die z. B. durch Kombination von edukativen, finanziellen, einrichtungsbezogenen und regulativen Strategien erreicht werden können, durchzuführen und Mitarbeiter vor Ort aktiv einzubinden (ebd.: 775 – 777).

Obwohl es Widerstände und Einwände gegen Leitlinien in Deutschland gab und gibt, werden diese in der Ärzteschaft zunehmend akzeptiert. Hierfür maßgeblich ist die Arbeit der AWMF und des Ärztlichen Zentrums für Qualität (ÄZQ). Auf nationaler Ebene wurde 2002 das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) durch die Bundesärztekammer, die AWMF und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ins Leben gerufen. Dadurch wird eine Harmonisierung bereits bestehender Empfehlungen aus Leitlinien angestrebt. Dabei wird der Fokus auf versorgungsbereichsübergreifende Leitlinien zu Erkrankungen mit hoher Prävalenz gesetzt. Eine weitere nationale Initiative im Rahmen der Leitlinienerstellung ist das Leitlinienprogramm Onkologie (OL), das im Jahr 2008 durch die AWMF, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe initiiert wurde (ebd.: 777 – 778).

In die vorliegende Arbeit wird die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ der AWMF einbezogen.

³⁶ <https://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/leitlinienbewertung/delbi> (22.11.2019).

Health Technology Assessment (HTA)

Neben Systematic Reviews, Overviews und Leitlinien beziehen sich HTAs auf eine Vielzahl von Informationen und Dokumenten, die die vorher genannten einschließen können. Auch hier verbinden sich damit in der Zielsetzung Abwägungen im Gesundheitswesen und in der (Gesundheits-) Politik.

Perleth (2012: 779) beschreibt HTA als: „[...] eine Form der Politikfeldanalyse, die systematisch kurz- und langfristige Konsequenzen der Anwendung einer medizinischen Technologie, einer Gruppe verwandter Technologien oder eines technologiebezogenen Sachverhalts untersucht. Das Ziel von HTA ist die Unterstützung von Entscheidungen in Politik und Praxis. Grundlegend für HTA sind die Ausrichtung auf die Entscheidungsfindung sowie der multidisziplinäre und umfassende Ansatz.“

Als Technologien werden in diesem Rahmen Arzneimittel, Medizinprodukte, Prozeduren, Organisations- und Supportsysteme (z. B. Telematik) zur Erbringung medizinischer Leistungen verstanden. Es kommt bei HTAs darauf an, wissenschaftlich und anders organisiertes Wissen systematisch auf praktische Problemstellungen anzuwenden. Das bedeutet, dass sich HTAs von rein empirisch entwickelten und tradierten Verfahren in der Regel unterscheiden (ebd.). In HTAs wird von daher eine Bandbreite von Methoden angewendet. Zudem wird auf unterschiedliche Formen von Dokumenten zurückgegriffen. Das bedeutet, dass Daten selber erhoben oder auch von anderen, z. B. in Gestalt von vorhandenen Systematic Reviews und darüber hinaus gehenden Analysen genutzt werden (ebd.: 780). Dabei wird, analog zu Systematic Reviews und Leitlinien die Qualität der Analyse in HTA überprüft (ebd.: 782 – 783).

Die Motivation hinter HTAs liegt darin, eine Steuerung des technischen Fortschritts in der Medizin, der in der Regel mit hohen Kosten verbunden ist, zu erreichen. Ebenfalls bieten HTAs ein bedeutendes Instrument in der Wirksamkeitsbewertung (ebd.: 779).

In Deutschland geht es vorwiegend darum, Entscheidungen zu neuen Technologien oder zur Neubewertung alter Technologien im Gesundheitswesen zu treffen. Dies betrifft häufig Entscheidungen zu Leistungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die dafür notwendigen Vorgänge werden in Deutschland durch eine im Gegensatz zu anderen, mehr staatlich kontrollierten Systemen, „autonome“ Steuerungsfunktion der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgenommen. Hier ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu nennen, der wichtige Entscheidungsbefugnisse hat und vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), u. a. durch Nutzenbewertungen von Arzneimitteln, diagnostischen und therapeutischen nicht medikamentösen Methoden unterstützt wird. Weitere Organisationen, die in diesem Zusam-

menhang von Bedeutung sind, sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Der MDS führt eigene HTAs durch und nutzt die Ergebnisse für die Gremienarbeit. Weiterhin baut das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) seit 2000 eine öffentlich nutzbare Datenbank zur Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien auf. HTAs spielen auch eine Rolle in Fachgesellschaften, wie dem Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und im Verein zur Förderung der Technologiebewertung im Gesundheitswesen (Health Technology Assessment) e. V. (ebd.: 783 – 784).

Die Evaluation der Wirkung von HTAs ist vergleichsweise geringfügig untersucht worden. Dabei geht es vorrangig um die Frage, ob HTAs bei Entscheidungen berücksichtigt wurden. Schwieriger ist es, den Beweis für einen Effekt von HTAs auf die Bevölkerungsgesundheit zu erbringen (ebd.: 785).

HTAs kommen in der vorliegenden Arbeit nicht zum Einsatz. Es ist aber aus Autorinnensicht vorstellbar, dass die hier eruierten Informationen in einem HTA genutzt werden.

Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)

Bei GRADE handelt es sich um Methodiken, die in unterschiedlichen Bereichen genutzt werden können. Zum einen kann der GRADE-Prozess zur Entwicklung von Empfehlungen den gesamten Forschungsprozess, einschließlich Fragestellung mit patientenrelevanten Endpunkten umfassen (Langer et al. 2012: 359). Andererseits kann GRADE dafür genutzt werden, die Qualität der Evidenz in bereits vorhandenen Systematic Reviews und Leitlinien einzuschätzen und um Empfehlungen in Leitlinien abzustufen (ebd.: 358). Weiterhin trägt GRADE zur Umsetzung von Empfehlungen in die klinische Praxis bei und unterstützt gesundheitspolitische Entscheidungen (ebd.). Hier wird auch von „Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf die Praxis“ oder „Direktheit“ gesprochen (Schünemann 2009: 391). Das betrifft zum einen die Fragestellung, ob direkte Vergleiche von Interventionen angestellt wurden, zu denen vergleichende Ergebnisse erwartet werden. Andererseits geht es darum, die PICOs aus der vorliegenden Evidenz mit den realen PICOs, auf die sich die jeweilige Fragestellung bezieht, abzugleichen (ebd.).

Zur Beurteilung der Qualität von Evidenz wird im ersten Schritt das Studiendesign betrachtet. Bei GRADE wurde die Entscheidung getroffen, die Qualität von RCTs zunächst als hoch und diejenige von Beobachtungsstudien zunächst als niedrig einzustufen, auch wenn Argumente vorhanden sind, beide Studientypen auf einer Ebene gleichzusetzen und eine spätere Differenzierung erst nach der Qualität der Studiendurchführung vorzu-

nehmen. Das erste Modell hat sich für GRADE aber als einfacher erwiesen. Weiterhin wird die Evidenz nach den folgenden Kriterien und nach einem binären Punktesystem aus eins (schwerwiegend) oder zwei (sehr schwerwiegend) herabgestuft:

- Biasrisiko (Mängel im Studiendesign und in der Studiendurchführung)
- Inkonsistenz
- Indirektheit
- Fehlende Präzision
- Publikationsbias (Langer et al. 2012: 360; Schünemann 2009: 397).

Eine qualitative Aufwertung der Evidenz findet statt, wenn Studien einen großen Effekt ergeben (groß: +1, sehr groß: +2), wenn eine Dosis-Wirkungs-Beziehung nachgewiesen wurde (Nachweis eines Gradienten: +1) und wenn plausibles Confounding einen gezeigten Effekt reduzieren würde (+1) oder wenn plausibles Confounding einen falschen Effekt nahelegen würde, wenn die Ergebnisse keinen Effekt zeigen (+1). Daraufhin wird die Studienqualität abschließend bewertet (Langer et al. 2012: 360). In sog. „Summary-of-Findings-Tabellen“³⁷ werden die geschätzten Risiken, der relative Effekt, die Anzahl der Studienteilnehmer und die Qualität der Evidenz wiedergegeben. Dazu besteht die Möglichkeit einer Kommentierung. In dazu gehörigen Evidenzprofilen werden die Beurteilungen protokolliert. Sie dienen der Kontrolle der Systematik, Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Bewertungen (ebd.: 361). Dies soll auch gewährleisten, dass Uneinigkeiten im Entscheidungsprozess dokumentiert werden, so dass sich der informierte Leser ein eigenes Bild machen kann (ebd.: 364). Um Empfehlungen für die Praxis ableiten zu können, wird zunächst die Richtung (dafür oder dagegen) und die Stärke (stark oder schwach) von Effekten bestimmt. Dann werden die Qualität der Evidenz, Nutzen und Schaden der untersuchten Intervention sowie Werte und Präferenzen beurteilt. Wenn nötig, werden ebenfalls die Kosten (Ressourcen), die mit der Einführung der Maßnahme, Intervention oder Technik einhergehen, berücksichtigt (ebd.: 359; Guyatt et al. 2008: 1049 – 1050). Dabei muss man bedenken, dass die Qualität der Evidenz aus Systematic Reviews bestimmt werden kann, dass aber alle weiteren Kriterien zur Ableitung einer Empfehlung in der Regel über einen Systematic Review hinausgehen³⁸.

Guyatt et al. (2008: 1050) weisen darauf hin, dass Regierungen und Public-Health-Vertreter in ihrer Prioritätensetzung oftmals auch Faktoren jenseits von Empfehlungen

³⁷ Diese werden normalerweise in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration verwendet [d. Verf.].

³⁸ Vgl. Beurteilung der praktischen Anwendbarkeit (105)

berücksichtigen müssen. Das können z. B. die Einbeziehung von Gerechtigkeitsaspekten oder Potenziale zur Verbesserung der Versorgungsqualität sein.

Folgende Grenzen von GRADE werden in der Literatur genannt:

- Keine Abdeckung von Fragen zu Risiken und Prognosen (im Gegensatz zu alternativen Handlungsmöglichkeiten, Interventionen oder Richtlinien)
- Risiko von ungenauen Empfehlungen, die nicht umsetzbar sind
- Verständnisschwierigkeiten im Rahmen davon, wie die GRADE-Systematik in den jeweiligen Arbeitsprozess von Systematic Reviews oder Leitlinien integriert werden kann, an welchen Stellen sie in den Prozess passt und an welchen sie eher eine Orientierungshilfe darstellt
- Spezielle Herausforderungen für Fragen im Rahmen von Public Health und des Gesundheitssystems (Langer et al.: 2012: 365).

Ziel und Fragestellung

Das Ziel im vorliegenden Teil der Arbeit ist es, einen Überblick über evidenzbasierte Tabakkontrollinterventionen zu geben. Dies soll unter dem Aspekt der Herausstellung der Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit der eruierten Interventionen (*Unterziel 1*) in einem übersichtlichen und leicht zu erfassenden System (*Unterziel 2*) geschehen. Damit soll die Grundlage für die darauffolgende Befragung der deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit zu deren Wahrnehmung ihrer Rolle in der Tabakkontrolle geschaffen werden. Aufgrund ihrer herausragenden Bedeutung als erstem Staatsvertrag, der unter der Leitung der WHO ausgehandelt wurde und als einem der weltweit von den meisten Staaten anerkannten Abkommen in der Geschichte der UN (Kahnert et al. 2011: IX) stellt die FCTC hier den Rahmen für die abzudeckenden Interventionen dar. Sie kann als Klassifikationssystem verstanden werden, in das sich die Interventionen einordnen lassen sollen (*Unterziel 3*). Der regionalen Schwerpunktsetzung der Arbeit entsprechend liegt der Fokus auf Interventionen, die sich auf die Region der LMIC beziehen (*Unterziel 4*). Die einzuschließenden Ergebnisse sollen auf Grundlage gängiger Qualitätsstandards zustandegekommen, valide und möglichst belastbar sein (*Unterziel 5*).

Somit lautet die Fragestellung an dieser Stelle: Wie ist die Evidenzlage für die Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen, die sich aus der FCTC ergeben für den Einsatz in LMIC?

Exkurs 1: Wirksamkeit

In dem vorliegenden Kapitel soll die Wirksamkeit bzw. Nicht-Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen aus der Studienlage heraus beurteilt werden. Deshalb wird an dieser Stelle der Begriff der Wirksamkeit aus der Literatur definiert.

Nach Abel und Windeler (1996) muss die Wirksamkeit durch eine Zielgröße definiert werden. Man muss sich darauf einigen, welche Effekte für die Wirksamkeit stehen sollen. Diese Effekte müssen beobachtbar sein, um sie feststellen zu können. Es gibt aber auch Effekte, die nicht beobachtet werden können (ebd.). Daraus ist dann folglich auch keine Wirksamkeit ableitbar, obwohl ein Effekt vorhanden ist. Somit soll man Wirksamkeit als „[...] theoretische, nur partiell empirisch deutbare Eigenschaft [zu] betrachten, über deren Vorliegen Experimente und Studien nur begrenzt Auskunft geben können“ (ebd.: 379).

Die Ergebnisse, die man aus Studien erhält, sind somit als Hinweise auf mögliche wahre Gegebenheiten zu verstehen, und sie hängen von der im Vorhinein getroffenen Vereinbarung über Untersuchungsziel und –gegenstand ab.

Wirksamkeit kann auch als Nachweis einer kausalen Beziehung zwischen einer Intervention und einem definierten Ergebnis beschrieben werden (Köbberling 2008: 8). Wenn in Studien Hinweise auf Assoziationen zwischen einer Exposition und einem Outcome gefunden werden, muss aber hinterfragt werden, ob der Zusammenhang kausal ist (Dreier et al. 2012: 411). Dabei gelten RCTs als der Goldstandard für die Bewertung der Kausalität und somit für den Nachweis der Wirksamkeit von präventiven oder therapeutischen Maßnahmen (Dreier et al. 2012: 439; Klemperer 2014: 117).

Exkurs 2: Intervention vs. Maßnahme

In Anlehnung an die Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und an die AWMF-Leitlinie wird in der vorliegenden Arbeit vorrangig der Begriff „Interventionen“ der Tabakkontrolle („Tabakkontrollinterventionen“) verwendet. Nach Rychetnik et al. (2002: 119) können Interventionen als „[...] set of actions with a coherent objective to bring about change or produce identifiable outcomes“ definiert werden. Demnach setzt sich eine Intervention aus mehreren Aktivitäten mit einem gemeinsamen Ziel zusammen. Da in der FCTC der Begriff „Maßnahme“ (vgl. Kahnert et al. 2011) weitgehend verwendet wird, wird auch dieser Begriff in der vorliegenden Arbeit gebraucht. Die Begriffe „Intervention“ und „Maßnahme“ werden dabei weitgehend synonym verwendet. Es ist aber davon auszugehen, dass der Begriff „Intervention“ normalerweise ein Oberbegriff für mehrere „Maßnahmen“ ist bzw. sein sollte.

Methodik

Wesentlich für die vorliegende Arbeit ist es, Einstellungen und Wahrnehmungen zur Tabakkontrolle in deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit zu erfassen und daraus Rückschlüsse zu ziehen, ob und gegebenenfalls, wie diese Organisationen Tabakkontrolle in den Regionen, in denen sie tätig sind, unterstützen können. Dafür soll hier als Grundlage eine Maßnahmenliste entwickelt werden, deren eingeschlossene Maßnahmen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit gekennzeichnet sind.

Um eine solche Liste von Maßnahmen mit dazugehörigen Wirksamkeitsstufen, inkl. der Nicht-Wirksamkeit (*Unterziel 1*) erstellen zu können, wurde hier in einem mehrschrittigen Verfahren eine Evidenzrecherche über die in der FCTC vorgegebenen Interventionen auf der Grundlage von Systematic Reviews, einer Leitlinie und einem Overview vorgenommen. Um die Ergebnisse einerseits möglichst differenziert und andererseits übersichtlich zur Verfügung zu stellen (*Unterziel 2*), wurde ein Darstellungssystem in Empfehlungsgraden aus der einbezogenen Leitlinie als Vorlage genutzt. Dabei wurden alle Ergebnisse in einem Umkodierungsprozess in dieses System integriert.

Die FCTC als Grundlage aller möglichen Tabakkontrollinterventionen

Die FCTC ist ein Rahmenplan für die Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Kahnert et al. 2011: 17). Die Maßnahmen werden in „Artikeln“ und dazu gehörigen Leitlinien beschrieben und zum Teil konkretisiert (vgl. Kahnert et al. 2011). Die wesentlichen Maßnahmen werden in „Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak“³⁹, „Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verminderung des Tabakangebots“⁴⁰, „Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit“⁴¹ und „Haftung“⁴² unterschieden (Kahnert et al. 2011: IX und ff.).

Die Artikel der FCTC geben somit jeweils einen Themenbereich vor, dem verschiedene, inhaltlich entsprechende Interventionen oder Maßnahmen zugeordnet werden können (vgl. *Unterziel 3*), die in der vorliegenden Untersuchung so differenziert wie möglich betrachtet und bewertet wurden.

Folgende Artikel bilden die Grundlage der Tabakkontrollinterventionen in der FCTC:

- Artikel 6: Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak

³⁹ Teil III, Artikel 6 – 14

⁴⁰ Teil IV, Artikel 15 – 17

⁴¹ Teil V, Artikel 18

⁴² Teil VI, Artikel 19

- Artikel 7: Nicht preisbezogene Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak⁴³
- Artikel 8: Schutz vor Passivrauchen
- Artikel 9: Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen
- Artikel 10: Regelung bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse
- Artikel 11: Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen
- Artikel 12: Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit
- Artikel 13: Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring
- Artikel 14: Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums
- Artikel 15: Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen
- Artikel 16: Verkauf an und durch Minderjährige
- Artikel 17: Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten
- Artikel 18: Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit
- Artikel 19: Haftung⁴⁴ (ebd.: 12 – 13).

Einbeziehung weiterer Artikel aus der FCTC

Um möglichst alle denkbaren Tabakkontrollinterventionen der FCTC im Forschungsprozess zu berücksichtigen, wurden weitere Artikel der FCTC, in denen Maßnahmen beschrieben werden, die als Tabakkontrollinterventionen interpretiert werden können, eingeschlossen. Das sind Interventionen, die außerhalb der zentralen Interventionen (Beschreibung in den Artikeln 6 – 19) aus der FCTC ableitbar sind. Diese Interventionen sind somit im engeren Sinne in der FCTC nicht als Tabakkontrollinterventionen definiert:

- Artikel 20: Forschung, Überwachung und Informationsaustausch⁴⁵. In diesem Artikel geht es u. a. darum, Forschungs- und Überwachungsinstrumente auf nationaler Ebene zu implementieren und zu stärken, wie z. B. zur Kontrolle des Tabakgebrauchs und damit im Zusammenhang stehenden Krankheiten, aber auch zu den Tätigkeiten der Tabakindustrie, zur Tabakproduktion und -herstellung und zu Gesetzen gegen den Tabakgebrauch und sich hierüber auf internationaler Ebene auszutauschen. Hierbei wird eine Zusammenarbeit mit der WHO u. a. „regionalen und internationalen zwischenstaatlichen Organisationen und Finanz-

⁴³ Wurde ausgeschlossen, s. u.

⁴⁴ Wurde ausgeschlossen, s. u.

⁴⁵ Teil VII: Wissenschaftliche und technische Zusammenarbeit und Übermittlung von Informationen

und Entwicklungsinstitutionen“ (ebd., S. 35) bestimmt und auf die besonderen Bedürfnisse von „Entwicklungsländer[n, d. Verf.] oder Länder[n, d. Verf.] mit im Übergang befindlichen Wirtschaftssystemen“ (ebd.) hingewiesen, die besonders berücksichtigt werden sollen.

- Artikel 21: Berichterstattung und Informationsaustausch⁴⁶. Hier geht es speziell um den Austausch von Fortschrittsberichten aus den an der FCTC beteiligten Ländern. Dieser findet primär über das Sekretariat der Konferenz der Vertragsparteien statt. Auch hier wird auf die besondere Lage von „Entwicklungsländer[n] oder Länder[n] mit im Übergang befindlichen Wirtschaftssystemen“ (ebd.: 36) aufmerksam gemacht, die bei der Verpflichtung aus dem Artikel unterstützt werden sollen.

Ausgeschlossene Artikel aus der FCTC

In den weiteren Artikeln der FCTC (1 – 5 und 23 – 38) geht es dagegen um Inhalte, die aus Autorinnensicht nicht als Tabakkontrollinterventionen bezeichnet werden können. Das sind übergeordnete Themen und organisatorische Fragen zur Umsetzung der FCTC (ebd.: 12 – 42).

Zudem wurden folgende Artikel ausgeschlossen:

- Artikel 7: Nicht preisbezogene Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak. Hier werden die Interventionen der Artikel 8 bis 13 vorgegriffen und zusammenfassend beschrieben (ebd.: 20), d. h., dass daraus keine neue Intervention hervorgeht.
- Artikel 19: Haftung (ebd.: 34). Es wurde angenommen, dass Fragen der Haftung (strafrechtliche Verantwortlichkeit, zivilrechtliche Haftung) in Bezug auf gesundheitsrelevante Outcomes eher nicht beforscht werden.
- Artikel 22: Zusammenarbeit auf wissenschaftlichem, technischem und rechtlichem Gebiet und Bereitstellung von einschlägigem Fachwissen (ebd.: 36). Es wurde angenommen, dass die darin angesprochenen Themen weitgehend in den Artikeln 20 und 21 vorkommen sowie, dass darüberhinausgehende Interventionen eher nicht in Bezug auf gesundheitsrelevante Outcomes beforscht werden.

Somit sollten die beforschten Interventionen unter die folgenden Artikel der FCTC subsumierbar sein, die in dieser Arbeit als Grundlage der Tabakkontrollinterventionen gelten (*Unterziel 3*):

⁴⁶ Teil VII: Wissenschaftliche und technische Zusammenarbeit und Übermittlung von Informationen

Artikel 6: Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak
 Artikel 8: Schutz vor Passivrauchen
 Artikel 9: Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen
 Artikel 10: Regelung bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse
 Artikel 11: Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen
 Artikel 12: Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit
 Artikel 13: Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring
 Artikel 14: Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums
 Artikel 15: Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen
 Artikel 16: Verkauf an und durch Minderjährige
 Artikel 17: Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten
 Artikel 18: Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit
 Artikel 20: Forschung, Überwachung und Informationsaustausch
 Artikel 21: Berichterstattung und Informationsaustausch

Box I: Eingeschlossene Artikel der FCTC als Rahmen der zu untersuchenden Tabakkontrollinterventionen

In der FCTC wird erwähnt, dass auch darüberhinausgehende Interventionen implementiert werden sollen (Kahnert et al. 2011: 16). Somit kann davon ausgegangen werden, dass weitere Tabakkontrollinterventionen außerhalb der FCTC existieren. Durch die Beschränkung auf die FCTC werden in der vorliegenden Arbeit somit Aussagen über einen bestimmten Bereich und nicht über das ganze Feld getroffen.

Mehrschrittiges Verfahren

Im ersten Schritt wurde eine Beschränkung auf Systematic Reviews vorgenommen: „Qualitativ hochwertige und glaubwürdige Übersichten können die mühsame Suche nach Primärstudien und deren Auswertung ersparen und so die Entscheidungsfindung beschleunigen.“ (Perleth 2012: 772). Damit fand eine Konzentration auf Interventionen statt, die zumindest so gängig und erfolgsversprechend scheinen, dass Übersichtsarbeiten angefertigt wurden. Alles andere scheint für eine breite Anwendung noch nicht ausreichend etabliert.

Im weiteren Prozess fand eine Beschränkung auf die Systematic Reviews der Cochrane Collaboration statt, da hier ein hoher Qualitätsstandard gegeben ist (*Unterziel 5*). Eine eigene Qualitätsbewertung der Systematic Reviews war deshalb nicht mehr vorgesehen.

In den in den Systematic Reviews zusammengefassten Studien müssen präventive und kurative Tabakkontrollinterventionen, die unter die eingeschlossenen Artikel der FCTC

subsumierbar sind (*Unterziel 3*) im Hinblick auf gesundheitsrelevante Outcomes, die mit dem Tabakgebrauch in Verbindung stehen, untersucht worden sein. Weitere Ein- oder Ausschlusskriterien wurden auf dieser Stufe des Forschungsprozesses, in der es vorwiegend um die Exploration der Daten ging, noch nicht aufgestellt.

Um das Kriterium der Belastbarkeit der Datengrundlage zu erfüllen (*Unterziel 5*), wurden die anfangs eher offen gehaltenen Ein- und Ausschlusskriterien für einzuschließende Ergebnisse im weiteren Prozess eingegrenzt.

Im Zeitraum des Forschungsprozesses erschien die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ der AWMF. Diese wurde aufgrund der breiteren Abwägung und des Hinzuziehens zusätzlicher Informationen in Leitlinien als in Systematic Reviews sowie der Darstellungsform der Ergebnisse einbezogen. Sie wurde als weitere Quelle, Vergleichsmaßstab, Richtlinie und Vorlage zum Ableiten von Empfehlungsgraden genutzt. D. h., dass ein System entwickelt wurde, um die Ergebnisse aus den Systematic Reviews in Empfehlungsgrade umzukodieren (*Unterziel 2*).

An dieser Stelle erfolgte der erste Abgleich der Interventionen aus den Systematic Reviews sowie der AWMF-Leitlinie mit den abzudeckenden Interventionen aus den eingeschlossenen Artikeln der FCTC (*Unterziel 3*). Es wurde festgestellt, dass einige der eingeschlossenen Artikel der FCTC noch nicht abgedeckt waren.

Im Zeitraum des Forschungsprozesses erschien daneben der „Overview of Reviews on the Health-Related Effects of Government Tobacco Control Policies“ (vgl. Hoffman und Tan 2015) und bot durch seinen Fokus auf bevölkerungsweite Interventionen die Möglichkeit, die noch fehlenden Interventionen abzudecken. Deshalb wurde diese weitere Quelle hinzugezogen, und deren Ergebnisse wurden ebenfalls in Empfehlungsgrade nach dem System der AWMF-Leitlinie umkodiert (*Unterziel 2*).

Der zweite Abgleich mit den Artikeln der FCTC (*Unterziel 3*) zeigte dann, dass weitere der eingeschlossenen Artikel der FCTC nicht abgedeckt waren. Deshalb wurde im nächsten Schritt eine ergänzende Recherche in den Datenbanken PubMed und Epistemonikos nach Systematic Reviews zu den entsprechenden Interventionen durchgeführt. Diese ergab jedoch keine neuen Erkenntnisse. Somit wurde aus der bestehenden Datenlage eine finale Ergebnistabelle erstellt.

In der folgenden Abbildung wird der Ablaufplan zur Generierung der Evidenz zur Wirksamkeit und Nicht-Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen aus der FCTC dargestellt:

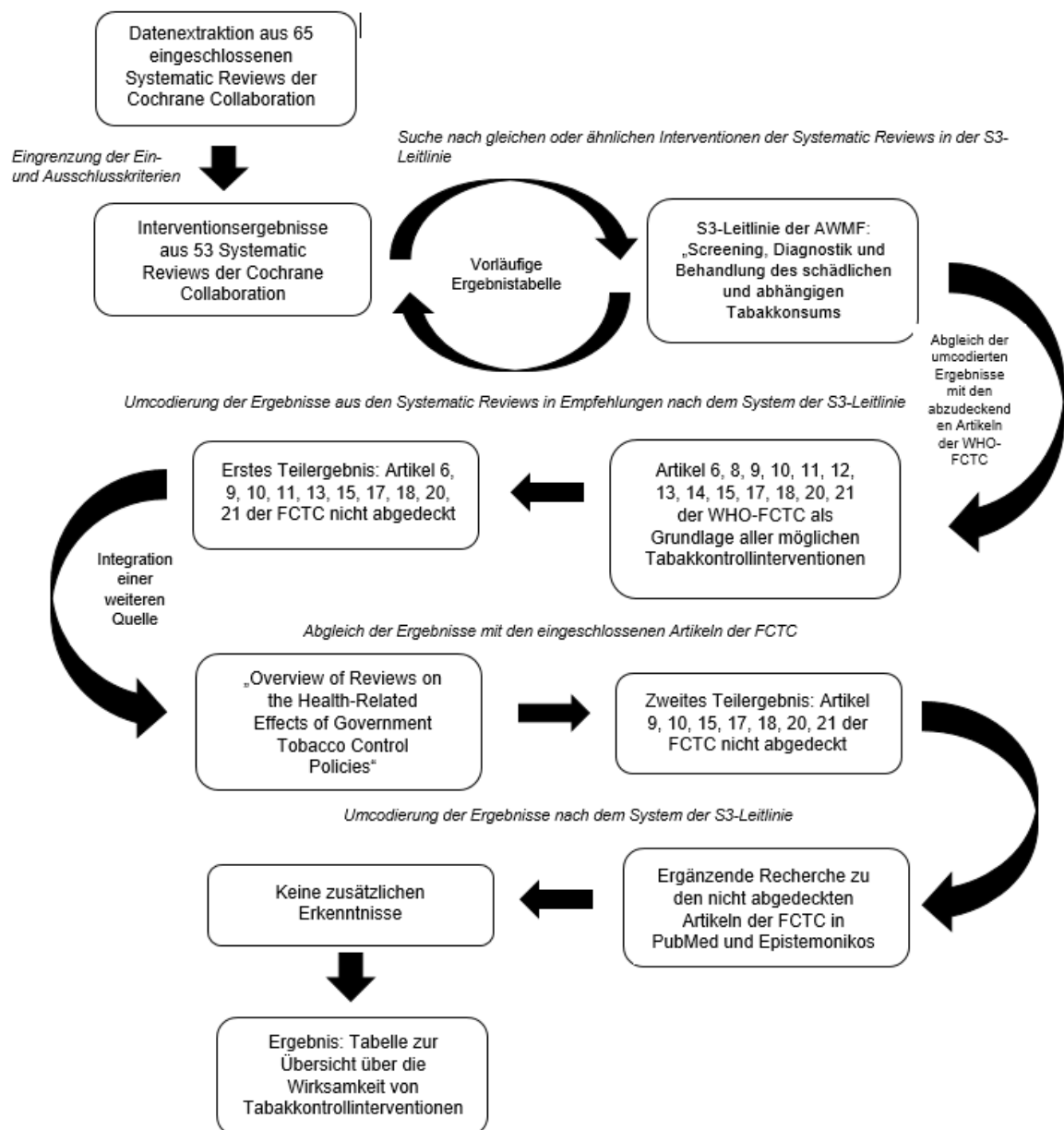


Abb. XI: Ablaufplan, um die Evidenz für den Fragebogen an deutsche Organisationen der EZ zu generieren

Im Folgenden wird auf den in Abb. XI dargestellten Ablauf näher eingegangen.

Gründe für die Auswahl der systematischen Übersichtsarbeiten

Als Vorteil stellte sich heraus, dass die Länder der Durchführung der in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration eingeschlossenen Primärstudien weitgehend genannt werden. Daraufhin wurde angenommen, dass ausreichend Studienergebnisse aus der Region der LMIC in die Systematic Reviews der Cochrane Collaboration eingeschlossen und dass die Ergebnisse auf die entsprechenden Regionen zurückführbar sind. Ein wesentliches Kriterium für die Entscheidung für die Systematic Reviews der Cochrane Collaboration war zudem, dass für diese ein einheitlicher Qualitätsstandard gilt: „Den Standard setzt hier [bei den Anforderungen an die Qualität von Systematic Re-

views, d. Verf.] die weltweit tätige Cochrane Collaboration, die auch die umfangreichste Sammlung systematischer Übersichtsarbeiten in der Cochrane Library erstellt.“ (Perleth 2012: 772)

Der Qualitätsstandard bedeutet, dass in der Regel eine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Primärstudien nach GRADE stattfindet. Somit können die einzelnen bzw. zusammengefassten Studienergebnisse nach ihrer Qualität unterschieden werden⁴⁷.

Datensammlung

Zwischen Juli 2014 und April 2016 wurden die Systematic Reviews zum Thema der Tabakkontrolle in der Cochrane Library⁴⁸ online gesichtet. Dabei wurden zwei unterschiedliche „Pfade“ genutzt: „Tobacco, drugs and alcohol“ mit dem Abschnitt „Tobacco“ [„Browse by topic“] und „Tobacco addiction group“ [„Browse by Cochrane Review Group“].

Ein- und Ausschlusskriterien

Systematic Reviews, die Studien zur gesundheitlichen Wirksamkeit (*Unterziel 1*) von Tabakkontrollinterventionen umfassen, wurden eingeschlossen. Dabei wurden präventive und kurative Interventionen berücksichtigt. Kuration ist in der vorliegenden Arbeit als Heilung einer Tabakabhängigkeit im Sinne einer Unterlassung oder einer wesentlichen Verminderung des Tabakgebrauchs zu verstehen.

Die untersuchte Intervention musste unter die dargestellten Artikel der FCTC (Box I) subsumierbar sein (*Unterziel 3*).

Übersichtsarbeiten, die als Vorhaben (engl. Protocol) gelistet waren, wurden nicht einbezogen. Übersichtsarbeiten mit und ohne Durchführung von Meta-Analysen wurden eingeschlossen. In Bezug auf die Studienpopulation wurden keine Einschränkungen vorgenommen.

Der Vollständigkeit halber wurde ein Overview der Cochrane Collaboration eingeschlossen, der die Übersichtsarbeiten zu den medikamentösen (pharmakologischen) Tabakkontrollinterventionen zusammenfasst (Nr. 12⁴⁹).

Nach dem PICO-Schema (Klemperer 2014: 74; Dreier et al. 2012: 442) sind dies die Einschlusskriterien für Ergebnisse zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration:

Population

- Keine Einschränkungen

⁴⁷ Summary of Findings for the Main Comparison: z. B. in SR-Nr. 31, 52 und 64 [d. Verf.].

⁴⁸ <https://www.cochranelibrary.com/> (06.06.2019)

⁴⁹ Zur Nummerierung vgl.: Anhang III und IV und Referenzen

Intervention

- Tabakkontrollintervention, subsumierbar unter die eingeschlossenen Artikel der FCTC: präventiv und kurativ

Control (Kontrolle)

- Keine Einschränkungen

Outcome

- Gesundheitsrelevant, in Verbindung mit Tabakgebrauch

Um einen ersten Überblick über die Datenlage, den Umfang der Daten sowie deren Inhalt zu erhalten, wurden die Einschlusskriterien hier noch bewusst offengehalten. Eine weitere Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien wurde erst im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses vorgenommen⁵⁰.

Die Anwendung der beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien ergibt eine Liste von 65 Systematic Reviews (inkl. ein Overview), die als Grundlage der Datenextrahierung genutzt wurde.

Prüfung der Vollständigkeit der abgedeckten Systematic Reviews

Am 01.11.2018 wurde ein Abgleich der Liste der Systematic Reviews der Cochrane Tobacco Addiction Group⁵¹ mit der Liste der 65, auf dieser Stufe eingeschlossenen Systematic Reviews vorgenommen⁵². Dabei wurde geprüft, ob die im Suchzeitraum veröffentlichten Systematic Reviews abgedeckt worden waren.

Datenextraktion

Für die Datenextraktion wurde eine Tabelle erstellt, in die die aus Autorinnensicht relevanten Informationen aus den 65 eingeschlossenen Systematic Reviews eingefügt wurden. Dazu wurden die Systematic Reviews nach den Nachnamen der Autoren in alphabetischer Reihenfolge sortiert und nummeriert. Folgende Parameter wurden extrahiert:

- Autoren und Titel des jeweiligen Systematic Reviews
- Intervention und Kontrolle: Es wurde angestrebt, die Intervention der Beschreibung im jeweiligen Systematic Review gemäß so umfassend zu definieren, dass ein Außenstehender sie verstehen kann. Soweit vorhanden, wurden Informationen zum (vermuteten) Wirk-Mechanismus wiedergegeben. Zusätzlich wurden ausgeschlossene Interventionen aufgezählt.

⁵⁰ Vgl. Mehrschrittiges Verfahren (121).

⁵¹ Pfad: „Tobacco addiction group“ [„Browse by Cochrane Review Group“].

⁵² Vgl. Anhang II

- Outcome und Follow-up: Hier wurden die im jeweiligen Systematic Review untersuchten Outcomes und die dazugehörigen Follow-up-Zeiten genannt.
- Setting und Zielgruppe: Für eine differenzierte Sichtweise wurde hier zwischen dem Setting der Intervention und dem Setting der Rekrutierung sowie zwischen der Zielgruppe der Outcome-Messung und der Zielgruppe der Intervention unterschieden⁵³.
- Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Autoren: Zunächst wurde die Studienzahl, Angaben über die Durchführung einer Meta-Analyse und über in den Studien vorhandene Heterogenität wiedergegeben. Dann wurden die Ergebnisse selber in Stichworten extrahiert. Das erfolgte je nach Systematic Review entweder in Form von Effektschätzern (numerisch) oder von Beschreibungen (deskriptiv). Auch die Schlussfolgerung der Autoren wurde in Stichwortform wiedergegeben.
- Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien: Es wurde aufgezählt, aus welchen Ländern und Regionen die eingeschlossenen Primärstudien kommen bzw. wo die Studien durchgeführt wurden. Wenn Studien aus LMIC eingeschlossen wurden, wurde deren Ergebnis in schriftlicher Form mit dem Gesamtergebnis verglichen.

Um zu vermeiden, den jeweils vollen Systematic Review sichten zu müssen, fand im Extrahierungsprozess eine Konzentration auf bestimmte Abschnitte der Systematic Reviews statt. Es wurde davon ausgegangen, dass die wesentlichen Informationen im Abstract dargestellt sein müssen sowie, dass in der darin vorkommenden Schlussfolgerung der Autoren eine Abwägung in Bezug auf die Qualität der Ergebnisse⁵⁴ explizit oder implizit enthalten sein muss.

Bei ausstehenden Unklarheiten wurden weitere ausgewählte Abschnitte und/oder der Volltext mit der Stichwortsuche in der pdf-Ansicht der Systematic Reviews geprüft.

Die durchsuchten Abschnitte sind im Wesentlichen⁵⁵:

- Abstract (alle Unterabschnitte, vor allem Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Autoren)
- Hintergrundteil (engl. Background, unter: „The review“)

⁵³ Beispiel dazu unter Datenextraktion zur Zielgruppe der Outcome-Messung und zur Zielgruppe der Intervention (125, auch Anhang III)

⁵⁴ Gültigkeit, vgl. Robustheit der Ergebnisse und Qualitätsbewertung (105)

⁵⁵ Vgl. Anhang I

- Methodenteil (engl. Methods, unter: „The review“, darunter z. B. Interventionstypen/Types of interventions, Outcomes/Types of outcome measures, Studienteilnehmer/Types of participants, Datensammlung und –analyse/Data collection and analysis)
- Beschreibung der Eigenschaften der Studien (engl. Characteristics of studies, unter: „The review“: „Tables and figures“)
- Daten und Analysen (engl. Data and analysis, unter: „Supplementary information“).

Im Folgenden wird die Vorgehensweise der Datenextraktion zu den in die Tabelle aufgenommenen Parametern beschrieben:

- **Datenextraktion zur Intervention (dritte Tabellenspalte)**

Die Information wurde zunächst im Abstract gesucht. Wurden die Intervention und das dahinterliegende Konzept aus Autorinnensicht daraus nicht schlüssig, wurden weitere Informationen im „Hintergrund“ oder unter „Methoden“ (Interventionstypen, engl. „Background, Methods/Types of interventions“) gesucht und in die Extraktionstabelle aufgenommen. Nur in Ausnahmefällen wurden weitere Informationen über die Stichwortsuche in der pdf-Ansicht im Volltext herausgestellt.

Je nach Bericht im jeweiligen Systematic Review und im jeweiligen Abschnitt, wurde eine Definition der jeweiligen Intervention, das dahinterliegende Konzept und der (vermutete) Wirkmechanismus wiedergegeben.

- **Datenextraktion zu den Kontrollen (dritte Tabellenspalte)**

Wie Intervention (Abstract, Hintergrund, Methoden, Volltext).

- **Datenextraktion zu den Ausschlusskriterien (dritte Tabellenspalte)**

Wie Intervention (Abstract, Hintergrund, Methoden, Volltext).

- **Datenextraktion zum Outcome und zum Follow-up (vierte Tabellenspalte)**

Die Information wurde zunächst im Abstract gesucht. Wenn diese hier nicht verfügbar war, wurde in den „Methoden“ unter „Outcomes“ (engl. Methods/Types of outcome measures) gesucht. Bei Unklarheiten wurde mit der Stichwortsuche in der pdf-Ansicht in den Volltext gegangen.

- **Datenextraktion zum Setting der Intervention und zum Setting der Rekrutierung (fünfte Tabellenspalte)**

Die Information wurde zunächst im Abstract gesucht. Wenn sie hier nicht vorhanden war, wurden die „Methoden“ (Studienteilnehmer oder Interventionen, engl. „Methods/Types of participants“, „Methods/Types of interventions“) durchsucht. Bei erfolgloser Suche in diesem Bereich wurde mit der Stichwortsuche in der pdf-Ansicht in den Volltext gegangen.

- **Datenextraktion zur Zielgruppe der Outcome-Messung und zur Zielgruppe der Intervention (fünfte Tabellenspalte)**

Anmerkung: Zielgruppen von Outcomes und Zielgruppen der Intervention können sich unterscheiden. Die Zielgruppe einer Intervention können z. B. Eltern sein, die für eine Rauchaufgabe in Gegenwart ihrer Kinder sensibilisiert werden sollen. Das Outcome (Tabakrauchexposition) wird dagegen bei den Kindern selber gemessen (Beispiel aus Review-Nr. 4).

Wieder wurde über das Abstract zu den „Methoden“ (Interventionstypen und Studienteilnehmer, engl. Methods/Types of interventions, Methods/Types of participants) gegangen und bei unzureichender Information über die Stichwortsuche in der pdf-Ansicht in den Volltext.

- **Datenextraktion zur Studienanzahl (sechste Tabellenspalte)**

Hier wurde die Anzahl der in der jeweiligen Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien aufgeführt. Diese befindet sich im Abstract und ist im Volltext und in der Auflistung der Studien („Eigenschaften der Studien“, engl. „Characteristics of studies“) verifizierbar.

- **Datenextraktion zur Meta-Analyse (sechste Tabellenspalte)**

Die Information darüber, ob bei der Zusammenfassung der Studienergebnisse eine Meta-Analyse im Sinne einer statistischen Zusammenfassung durchgeführt wurde, wird meistens im Abstract aufgeführt. Wenn das nicht der Fall ist, gibt es in einigen Systematic Reviews das Unterkapitel „Datensammlung und –analyse“ (engl. „Data collection and analysis“) und darunter den Abschnitt „Datensynthese“ (engl. „Data synthesis“). Wenn das nicht der Fall ist, wurde wieder über die Stichwortsuche in der pdf-Ansicht in den Volltext gegangen.

- **Datenextraktion zur Heterogenität (sechste Tabellenspalte)**

Die Heterogenität betrifft die Unterschiedlichkeiten zwischen den Eigenschaften von Studien in einem Systematic Review, wie z. B. das Studiendesign, das Setting, die Dauer der Intervention, den Interventionstyp oder das Follow-up. Sie wird

in einigen Systematic Reviews im Abstract beschrieben, in anderen im Unterkapitel „Datensammlung und Datenanalyse“ (engl. „Data collection and analysis“) und hier zum Teil in einem Unterabschnitt zur Heterogenität (engl. „Assessment of heterogeneity“). Das ist nicht in allen Systematic Reviews der Fall. Dann wurde wieder mit der Stichwortsuche in der pdf-Ansicht in den Volltext gegangen.

- **Datenextraktion zu den Ergebnissen (sechste Tabellenspalte)**

Wie beschrieben, wurde angenommen, dass relevante Ergebnisse im Abstract aufgeführt werden. Deshalb wurde das Abstract zur Extraktion der Ergebnisse verwendet. Bei Unklarheiten wurden Informationen im Volltext und/oder unter „Daten und Analysen“ (engl. „Data and analysis“), z. B. in der Darstellungsform von Forest Plots nachrecherchiert.

- **Datenextraktion zur Schlussfolgerung (sechste Tabellenspalte)**

Auch die Schlussfolgerung wurde dem Abstract entnommen. Wie bei den Ergebnissen wurde angenommen, dass die Autoren in der Schlussfolgerung des Abstracts die wesentlichen Schlüsse ziehen und darin eine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien, aus denen die Ergebnisse stammen, also eine Aussage über deren Gültigkeit⁵⁶ explizit oder implizit enthalten sein muss.

- **Datenextraktion zum Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien**

Das Durchführungsland der eingeschlossenen Studien wird in den meisten eingeschlossenen Systematic Reviews unter den „Eigenschaften der Studien“ unter „Tabellen und Abbildungen“ (engl. „Tables and figures/Characteristics of included studies“) aufgeführt. Die Länder wurden in Hoheinkommensländer (Länder mit hohem durchschnittlichen Einkommen, engl. High income countries, HIC), Mitteleinkommensländer (Länder mit mittlerem durchschnittlichen Einkommen, engl. Middle income countries, MIC) und Niedrigeinkommensländer (Länder mit niedrigem durchschnittlichen Einkommen, engl. Low income countries, LIC) unterschieden. Dabei wurde die Einteilung der Länder der Weltbank (The World Bank Group 2013) zugrunde gelegt⁵⁷. Die MIC wurden in der Tabelle als eine Kategorie gefasst. Bei der Weltbank werden sie dagegen in obere und untere MIC (engl.

⁵⁶ Vgl. Robustheit der Ergebnisse und Qualitätsbewertung (105)

⁵⁷ Auch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (engl. OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development) stellt eine entsprechende Liste zur Verfügung, wobei auf Daten der Weltbank und der Vereinten Nationen zurückgegriffen wird (<http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/dac-list.htm>, 29.11.2019).

„upper-middle“ und „lower-middle“) aufgeteilt. Ein besonderes Augenmerk liegt in dieser Arbeit der Fragestellung und Zielsetzung gemäß auf der Ländergruppe mit durchschnittlich niedrigem und mittlerem Einkommen (Low and Middle Income Countries, LMIC).

Die Einteilung der Länder der Weltbank wird einmal im Jahr aktualisiert. Somit können sich die Zuteilungen einzelner Länder im Zeitverlauf ändern. Dabei ist es möglich, dass Länder in die nächst höhere Einkommensklasse aufsteigen (sechs Länder im Zeitraum 2018 – 2019), und dass sie in die nächst niedrigere absteigen (drei Länder im Zeitraum 2018 – 2019) [The World Bank Group 2019].

Die Einteilung der Länder erfolgt aus dem Bruttonationaleinkommen pro Kopf, das von 189 Mitgliedsländern der Weltbank und 28 weiteren Ländern mit Bevölkerungszahlen über 30.000 berechnet wird. Der Begriff des Landes wird dabei für jedes Gebiet verwendet, für das eigene soziale oder ökonomische Statistiken zugänglich sind. Dabei wird eine politische Unabhängigkeit der Region nicht vorausgesetzt (ebd.).

Hinter die Aufführung des Landes der Studiendurchführung in der siebten (letzten) Tabellenspalte wurde die Anzahl der Studien aus dem jeweiligen Land in Klammern gesetzt. Wenn Studien aus LMIC in dem jeweiligen Systematic Review eingeschlossen waren, wurde ein schriftlicher Vergleich des Gesamtergebnisses des jeweiligen Systematic Review mit dem Ergebnis aus den Studien aus LMIC darin angestellt und auf einige Eigenschaften der LMIC-Studien eingegangen (*Unterziel 4*).

Aus dem beschriebenen Extrahierungsprozess ergibt sich folgender Tabellenkopf für die Datenextraktionstabelle (Anhang III):

Tab. XIV: Tabellenkopf der Datenextraktionstabelle

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results und Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
-----	-----------------	----------------------------	-----------------------	------------------------	--	---

Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien

Nachdem der Umfang der Daten durch die Datenextraktionstabelle eingeschätzt werden konnte, wurde die Entscheidung getroffen, die Einschlusskriterien für die Ergebnisse, die in einer Tabelle präsentiert werden sollten, einzugrenzen, um aussagefähige und robuste Ergebnisse zu erzeugen (*Unterziel 5*).

Dies sind die Einschlusskriterien für Ergebnisse zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen aus Systematic Reviews der Cochrane Collaboration auf der nächsten Stufe im Forschungsprozess:

Population

- Keine Einschränkungen

Intervention

- Tabakkontrollintervention, subsumierbar unter die eingeschlossenen Artikel der FCTC: präventiv und kurativ

Control (Kontrolle)

- Placebo
 - Keine Intervention
 - Normale Versorgung
- } Follow-up: mindestens sechs Monate

Outcome

- Maß des Tabakgebrauchs, vorzugsweise Abstinenz oder Rate der Aufgabe des Tabakgebrauchs (engl. Quit Rate)
- Rauchprävalenz, Rauchstatus, gerauchte Zigaretten pro Tag
- Verschiedene Tabakprodukte (Wasserpfeifentabak, rauchloser Tabak)
- Biomarker (z. B. als Maß der Passivrauchexposition bei Kindern)
- Anzahl von Verkaufshandlungen von Tabakprodukten an Minderjährige

Bei Messungen des Tabakgebrauchs wurden Point-Prevalence-Messungen und Continuous-Abstinence-Messungen gleichermaßen toleriert. Sekundäre Outcomes, wie Einstellungen oder Wahrnehmungen des Rauchens wurden ausgeschlossen. Bezüglich der Validierung der Tabakaufgabe durch Biomarker fand eine Orientierung an den eingeschlossenen Systematic Reviews statt. Darin wird eine solche Validierung meistens gewünscht, aber nicht vorausgesetzt (z. B. Bize et al. 2012: 3/SR-Nr. 5). Das bedeutet, dass auch selbstberichtete Raten der Tabakaufgabe als Auswirkung einer Intervention eingeschlossen wurden. Für die Kontrollgruppe „Keine Intervention“ wurden Wartelistenkontrollen (engl. „Waiting list control“) und „Verzögerte Interventionen“ (engl. „Delayed intervention control“) akzeptiert, da hier davon ausgegangen wurde, dass die gefragte Intervention in der Kontrollgruppe erst nach dem Untersuchungszeitraum durchgeführt wurde. Weiterhin wurden Ergebnisse eingeschlossen, in denen die gefragte Intervention in Kombination mit einer weiteren Intervention durchgeführt und diese nur mit der weiteren Intervention verglichen wurde (z. B. NET und Beratung vs. Beratung). Es wurde an-

genommen, dass dies annähernd dem Vergleich einer Intervention mit keiner Intervention entspricht (NET vs. keine Intervention), auch wenn hier Interaktionseffekte eine Rolle spielen. Dies ist aber kritisch zu sehen und wird im Diskussionsteil aufgegriffen.

Bei der Kontrollgruppe der normalen Versorgung wurden Begriffe, wie „Normal care“, „Usual care“ oder „Standard care“ vorausgesetzt, um eine Differenzierung zwischen normaler Versorgung (wurde eingeschlossen) und einer minimalen Intervention (wurde ausgeschlossen) möglich zu machen.

Bei Ergebnissen aus mehreren statistisch oder deskriptiv zusammengefassten Studien innerhalb der Systematic Reviews wurden diejenigen Ergebnisse eingeschlossen, bei denen die Einschlusskriterien in den zugrundeliegenden Studien mehrheitlich erfüllt waren. D. h., dass hier nach dem Mehrheitsprinzip vorgegangen wurde.

Die Nachkontrolle der Ein- und Ausschlusskriterien führte dazu, dass sich die Anzahl der eingeschlossenen Studienergebnisse gegenüber der Datenextraktionstabelle verringerte. Das führte zum Ausschluss ganzer Systematic Reviews und damit dazu, dass auch die Anzahl eingeschlossener Systematic Reviews herabgesetzt wurde.

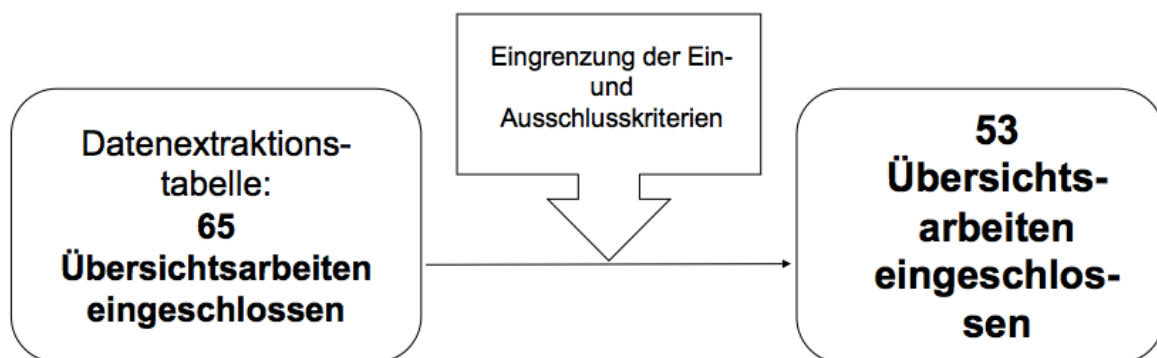


Abb. XII: Reduzierung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten (Systematic Reviews) in Folge der Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)

Folgende Systematic Reviews wurden dadurch aus der weiteren Analyse ausgeschlossen:

- Competitions and incentives for smoking cessation (Nr. 9)
- Interventions for smoking cessation in Indigenous populations (Nr. 18)
- Internet-based interventions for smoking cessation (Nr. 21)
- Aversive smoking for smoking cessation (Nr. 27)
- Individual behavioural counselling for smoking cessation (Nr. 36)
- Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit (Nr. 38)
- Telephone counselling for smoking cessation (Nr. 49)

- Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Nr. 51)
- Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation (Nr. 52)
- Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Nr. 55)
- Exercise interventions for smoking cessation (Nr. 62)
- Mobile phone-based interventions for smoking cessation (Nr. 65)

Kategorisierung

Es wurde festgestellt, dass über die eingeschlossenen Systematic Reviews hinweg gleiche oder ähnliche Interventionen mit verschiedenen Dimensionen vorkommen. Das sind:

- Zielgruppen
- Durchführer
- Settings
- Outcomes
- Ebenen.

Der Interventionstyp „Beratung“ kann beispielsweise bei unterschiedlichen Zielgruppen, durch unterschiedliche Durchführer, in unterschiedlichen Settings durchgeführt und in Bezug auf unterschiedliche Outcomes untersucht werden. Die Dimension „Ebenen“ bezieht sich darauf, dass Interventionen z. B. auf der Ebene des Gesundheitssystems, auf der Schulungsebene (Fachkräfteweiterbildung) oder im direkten Kontakt mit unterschiedlichen Zielgruppen angesiedelt sein können.

Um die Ergebnisse übersichtlich und in Tabellenform darzustellen, musste zunächst ein System entwickelt werden, um die Interventionen thematisch zu gruppieren und zu ordnen. Dazu wurden Kategorien gebildet, denen die einzelnen (Interventions-) Ergebnisse aus einer oder mehreren zusammengefassten Primärstudien aus den Systematic Reviews zugeteilt werden konnten. Hierbei handelt es sich um ein induktives Vorgehen, da die Kategorien aus den Interventionen in den Systematic Review hergeleitet wurden (vgl. Chevron et al. 2012).

Der Interventionstyp wurde im ersten Schritt unabhängig von der zugehörigen Dimension betrachtet. Das bedeutet am Beispiel der Beratung, dass dieser Kategorie Interventionsergebnisse mit verschiedenen Dimensionen, aber immer mit dem Grundtyp „Beratung“ zugeordnet wurden.

Im Prozess der Kategorisierung wurden die Begriffe „Individual- und Kollektivinterventionen“⁵⁸ eingeführt, um individuen- und gruppenbezogene von bevölkerungsweiten Interventionen zu unterscheiden und voneinander abzugrenzen.

In der Kategorie der „Individualinterventionen“ wurden folgende Unterkategorien gebildet:

- Therapeutische Interventionen⁵⁹
- Beratung⁶⁰
- Bildung, Schulung und Training
- Informationsmaterial und Selbsthilfe
- Anreize
- Feedback über Biomarker
- Rückfallprävention
- Pharmakologische Interventionen: Nikotinersatztherapie (NET)
- Pharmakologische Interventionen: Bupropion
- Pharmakologische Interventionen: weitere Antidepressiva
- Pharmakologische Interventionen: Vareniclin
- Pharmakologische Interventionen: weitere partielle Nikotinrezeptoragonisten
- Pharmakologische Interventionen: Clonidin
- Pharmakologische Interventionen: Mecamylamin
- Pharmakologische Interventionen: alle anderen Medikamente
- Alternative Therapien.

In der Kategorie der „Kollektivinterventionen“ wurden folgende Unterkategorien gebildet:

- Medien
- Gesetze und Verbote
- Produktbezogene Interventionen
- Gesundheitssystembasierte Interventionen.

Bei der Zuteilung der Interventionsergebnisse zu den induktiv gebildeten Kategorien wurde vorrangig nach Begriffen differenziert.

Das soll am Beispiel der „Beratung“ verdeutlicht werden: Beratung wurde der Kategorie „Beratung“ zugeteilt, wenn sie im jeweiligen Systematic Review so benannt wurde. Als Beratung wurden die englischen Begriffe „Advice“ (als kurze Beratung klassifiziert) und

⁵⁸ Die Begriffe wurden für die Online-Befragung modifiziert. Zur Diskussion der Begriffe vgl. Fragen-/Begriffsverständnis/Kategorisierung der Fragen 12 und 15 (Maßnahmenliste) [272].

⁵⁹ Sollten alle Interventionen mit einem therapeutischen Bezug im weiteren Sinne zusammenfassen [d. Verf.].

⁶⁰ Wurde als neutralere Interventionsform als therapeutische Interventionen verstanden [d. Verf.].

„Counselling“ (als intensivere Beratung klassifiziert) verstanden.

Es wurde nicht untersucht, was sich genau hinter den Begriffen verbirgt, da dies aus der Beschreibung der Einzelstudien nicht immer bis ins Detail möglich ist und weil mit der Prämisse gearbeitet wurde, so wenig wie möglich auf die Ebene der Einzelstudien zu gehen⁶¹. In einem anderen Klassifizierungs- und Denksystem wäre es z. B. sicherlich möglich gewesen, Beratung als Teil einer anderen Kategorie, wie „Therapeutische Interventionen“ zu verstehen, da hier inhaltlich-konzeptionelle Schnittmengen vorhanden sein können.

Weiterhin muss bedacht werden, dass Interventionsergebnisse herausgegriffen wurden, bei denen in der Realität die Intervention eine Interventionskomponente bzw. Teil einer komplexen Intervention gewesen war.

Die folgende Abbildung verbildlicht den Prozess der Zuordnung der Einzelergebnisse aus den eingeschlossenen Systematic Reviews zu den induktiv gebildeten Kategorien:

⁶¹ Das resultiert aus dem Gedanken, dass der Sinn, Sekundärstudien in Form von Systematic Reviews zu analysieren, sonst verfehlt worden wäre und man sich dann von Anfang an dazu hätte entscheiden müssen, als Datenpool Primärstudien auszuwählen [d. Verf.].

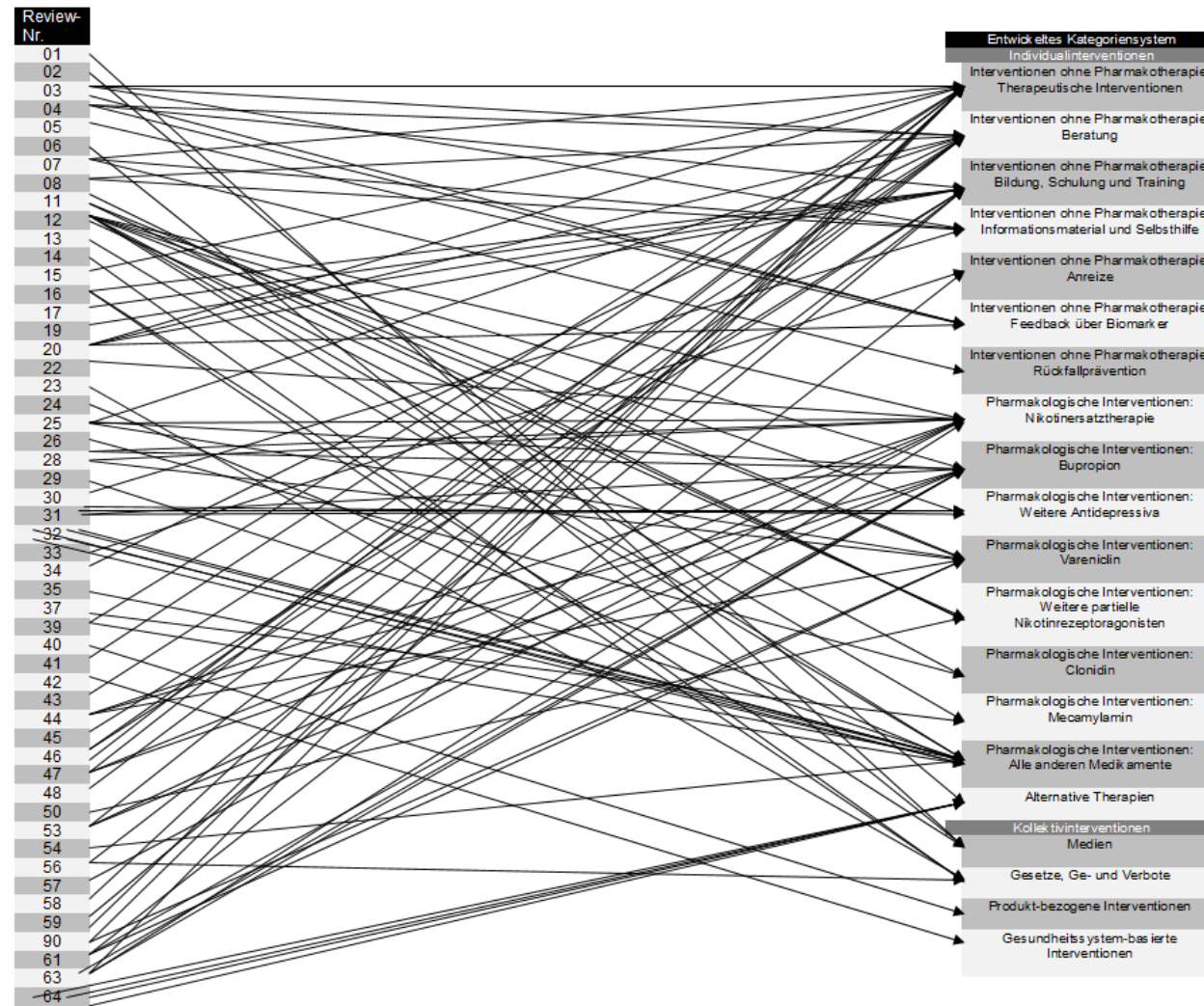


Abb. XIII: Zuordnung der Einzelergebnisse aus den eingeschlossenen Systematic Reviews zu den induktiv gebildeten Kategorien (eigene Darstellung)

Die Abbildung wurde aus der vorläufigen Ergebnistabelle⁶², jedoch ohne Berücksichtigung der dritten Quelle (Hoffman und Tan 2015) generiert.

Im Folgenden wird die Abbildung beschrieben:

- Pro Übersichtsarbeit kommen unterschiedliche Interventionen vor, die unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden können
- Pfeile entsprechen Einzelergebnissen aus Übersichtsarbeiten zu unterschiedlichen Interventionen: jeder Pfeil ist ein Ergebnis zu einer Intervention
- Ergebnis stammt jeweils aus einer oder mehreren Primärstudien
- In eine Kategorie fließen Einzelergebnisse aus unterschiedlichen Übersichtsarbeiten ein
- Es kommt vor, dass mehrere unterschiedliche Einzelergebnisse aus einer Übersichtsarbeit in eine Kategorie einfließen (z. B. bei Nr. 32 und Nr. 64)

Box II: Erläuterungen zu Abb. XIII

Übernahme eines Systems von Empfehlungsgraden zur Ergebnisdarstellung

Während des Forschungsprozesses erschien die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ der AWMF (vgl. AWMF 2015). Da die übersichtliche Darstellung der Ergebnisse in Empfehlungsgraden positiv auffiel, wurde die Leitlinie als Vorlage für die Ergebnisdarstellung aus den Systematic Reviews genutzt. Weiterhin diente sie einerseits als Quelle, andererseits aber auch als Vergleichsmaßstab und Richtwert, da hier normalerweise, gemäß der Zielsetzung von Leitlinien (vgl. Helou und Lelgemann 2012) eine umfassendere Abwägung in der Bewertung der Interventionen als in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration vorgenommen wird.

In Anlehnung an die Systematik der Leitlinie wurden die eingeschlossenen Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration in Empfehlungsgrade umkodiert.

Suche nach gleichen oder ähnlichen Interventionen zu denen der Systematic Reviews in der S3-Leitlinie der AWMF

Zunächst wurden in der AWMF-Leitlinie gleiche und annähernd entsprechende Interventionen zu denjenigen der eingeschlossenen Interventionen aus den Systematic Reviews

⁶² Vgl. Anhang IV

der Cochrane Collaboration gesucht. Dabei wurde so vorgegangen, dass mit der Stichwortsuche gleiche oder ähnliche Interventionen aus den in Tabellenform dargestellten Schlüsselempfehlungen der AWMF-Leitlinie (vgl. AWMF 2015) ausgewählt wurden. Neben dem Empfehlungsgrad wird hier der jeweilige Interventionstyp inklusive der dazugehörigen Dimension (Zielgruppen, Durchführer, Settings, Outcomes, Ebenen) kurz beschrieben. Wenn die (aus dem Englischen übersetzten) Begrifflichkeiten für die Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration nicht eins zu eins mit denjenigen aus der AWMF-Leitlinie übereinstimmten, wurden diejenigen Interventionen aus der AWMF-Leitlinie ausgewählt, die den jeweiligen Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration inhaltlich, d. h. gemessen an dem Interventionstyp und der dazugehörigen Dimension am nächsten kommen. Teilweise wurden so Interventionen aus der AWMF-Leitlinie ausgewählt, die nur einzelne Komponenten des Interventionstyps und der dazugehörigen Dimension aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration erfüllen. Um den Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration gerecht zu werden, wurden zum Teil auch mehrere Interventionen mit den dazugehörigen Empfehlungen aus der AWMF-Leitlinie zu einer Intervention aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration ausgewählt. Einige wenige Empfehlungen, die in den Tabellen der Schlüsselempfehlungen der AWMF-Leitlinie nicht vorkommen, wurden dem Volltext der Leitlinie entnommen. Erklärende Hinweise aus dem Volltext der Leitlinie wurden eingesetzt, wenn sich daraus Informationen zur Wirksam- bzw. Empfehlbarkeit der entsprechenden Intervention ergaben.

Die Auswahl und Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und der AWMF-Leitlinie kann aus der vorläufigen Ergebnistabelle⁶³ und den Fußnoten der Tab. XVI nachvollzogen werden.

Umkodierung in Empfehlungsgrade

Im nächsten Schritt wurden die eingegrenzt eingeschlossenen Interventionsergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration, angelehnt an die Systematik der AWMF-Leitlinie, umkodiert. Dazu wurden die Trends der Einzelergebnisse und die zugehörigen Schlussfolgerungen der Autoren im Abstract in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration betrachtet.

Im Folgenden werden die Bedingungen der Umkodierung beschrieben:

Bedingungen für Empfehlungsgrad A+: Starke Empfehlung (soll angeboten werden):

- Positiv signifikanter Trend zu dem jeweiligen Einzelergebnis aus einer oder meh-

⁶³ Vgl. Anhang IV

renen Primärstudien (statistisch oder deskriptiv⁶⁴) liegt vor

UND

- Autoren bekunden Wirksamkeit der Intervention, z. B.:
 - „[Interventions] are effective“
 - „[...] strong evidence of effect“

Bedingungen für Empfehlungsgrad B+: Empfehlung (sollte angeboten werden)

- Positiv signifikanter Trend zu dem jeweiligen Einzelergebnis aus einer oder mehreren Primärstudien (statistisch oder deskriptiv) liegt vor
- UND*
- Kein Kommentar der Autoren in der Schlussfolgerung des Abstracts oder uneindeutiger Kommentar, z. B.:
 - „[Intervention] may increase abstinence rates“
 - „[Intervention] can increase abstinence rates“
 - „[Intervention] appears to be...“
 - „[Interventions] are likely to...“
 - „Not enough evidence...“
 - „More research needed...“
 - „Few trials“
 - „No firm conclusions can be drawn...“
 - „No conclusions can be made“
 - „Not yet sufficient evidence“

ODER (dann gelten die vorherigen Bedingungen nicht)

- Positiv signifikanter Trend mit breitem CI (oberer Wert > 5) und positiver Kommentar der Autoren im Abstract (vgl. Starke Empfehlung, A+) liegen vor

Bedingungen für Empfehlungsgrad 0+: Unklare Empfehlung (kann angeboten werden)

- Positiv nicht signifikanter, negativ nicht signifikanter, positiv oder negativ signifikanter Trend mit breitem CI (oberer Wert > 5) zu dem jeweiligen Einzelergebnis aus einer oder mehreren Primärstudien (statistisch oder deskriptiv) liegt vor
- UND*
- Kein Kommentar der Autoren in der Schlussfolgerung des Abstracts oder uneindeutiger Kommentar (vgl. Empfehlungsgrad B+)

ODER (dann gelten die vorherigen Bedingungen nicht)

⁶⁴ Wenn Ergebnisse nicht numerisch vorliegen und/oder nicht statistisch zusammengefasst werden konnten und „nur“ beschrieben wurden [d. Verf.].

- Ergebnisse aus mehreren Primärstudien mit sich widersprechenden Trends zu gleichen Anteilen und kein Kommentar oder uneindeutiger Kommentar der Autoren
ODER (dann gelten die vorherigen Bedingungen nicht)
- Deskriptive Ergebnisse, die auf einen unklaren Trend hinweisen und Kommentar der Autoren, der der Intervention Bedeutung zuschreibt

Bedingungen für den Empfehlungsgrad 0-: Unklare Empfehlung, etwas nicht anzubieten (kann nicht angeboten werden)

- Nicht signifikanter Trend zu dem jeweiligen Einzelergebnis aus einer oder mehreren Primärstudien (statistisch oder deskriptiv) liegt vor
UND
- Tendenziell negativer Kommentar der Autoren in der Schlussfolgerung im Abstract, der zeigt, dass die Autoren der Meinung sind, dass die Intervention wahrscheinlich nicht wirksam ist

Bedingungen für Empfehlungsgrad B-: Empfehlung, etwas nicht anzubieten (sollte nicht angeboten werden)

- Positiv oder negativ nicht signifikanter Trend zu dem jeweiligen Einzelergebnis aus einer oder mehreren Primärstudien (statistisch oder deskriptiv) liegt vor
UND
- Kein Kommentar der Autoren in der Schlussfolgerung des Abstracts oder negativer Kommentar, der auf fehlende Wirksamkeit der Intervention hinweist, z. B.:
 - „[Interventions] have not been shown to help“
 - „neither [...] nor [...] aid cessation “
 - „[Intervention] did not detect any benefit“
 - „[...] strongly suggesting no effect“
 - „[Intervention] is not effective for smoking cessation“
 - „[Interventions] have not been shown to help“
 - „Based on [...] there was no evidence of an effect of [intervention]“

Bedingungen für Empfehlungsgrad A-: Starke Empfehlung, etwas nicht anzubieten (soll nicht angeboten werden)

- Negativ signifikanter Trend zu dem jeweiligen Einzelergebnis aus einer oder mehreren Primärstudien (statistisch oder deskriptiv) liegt vor
UND
- Kein Kommentar der Autoren in der Schlussfolgerung des Abstracts oder negati-

ver Kommentar, der auf fehlende Wirksamkeit der Intervention hinweist (vgl. Empfehlungsgrad B-)

Um die Ergebnisse ohne statistische Meta-Analyse den Behandlungsempfehlungen zuzuordnen, wurde nach dem Mehrheitsprinzip vorgegangen. D. h. beispielhaft, wenn die Ergebnisse der einzelnen Studien zu einer Intervention numerisch oder deskriptiv vorlagen, wurden sie insgesamt positiv bewertet, wenn die Ergebnisse mehrheitlich positiv waren.

Erster Abgleich der beforschten Interventionen mit den eingeschlossenen Artikeln der FCTC

Der Abgleich zeigte, dass folgende Artikel der FCTC durch die bis dato ermittelten, in Empfehlungsgrade umgewandelten Interventionsergebnisse, nicht abgedeckt wurden:

- Artikel 6: Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak
- Artikel 9: Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen
- Artikel 10: Regelung bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse
- Artikel 11: Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen
- Artikel 13: Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring
- Artikel 15: Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen
- Artikel 17: Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten
- Artikel 18: Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit
- Artikel 20: Forschung, Überwachung und Informationsaustausch
- Artikel 21: Berichterstattung und Informationsaustausch.

Integration eines Overviews of Reviews

Um die eingeschlossenen Artikel der FCTC (Box I) vollständig abzudecken, wurde ein Overview of Reviews zu regierungsbasierten Tabakkontrollinterventionen (vgl. Hoffman und Tan 2015) hinzugezogen, der ebenfalls während des Forschungsprozesses neu erschien. Dieser Overview konzentriert sich auf bevölkerungsweite Interventionen und schließt klinische Interventionen aus (ebd.: 3). Die eingeschlossenen Interventionen werden im Hinblick auf gesundheitliche Outcomeparameter, wie u. a. Tabakkonsum, Rauchprävalenz und Aufgabe des Rauchens untersucht (ebd.: 5). Diese Outcomeparameter sind mit den Einschlusskriterien der vorliegenden Untersuchung⁶⁵ kompatibel.

Bei den weiteren Einschlusskriterien wurde davon ausgegangen, dass im Overview auf

⁶⁵ Vgl. Ein- und Ausschlusskriterien (124); Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien (130)

ausreichend robuste Studienergebnisse geachtet wurde.

Qualitätsbewertung des Overviews of Reviews

Um die Qualität des Overviews einzuschätzen, wurde eine Qualitätsbewertung durchgeführt, die aus Pieper et al. (2013) abgeleitet wurde.

Dabei wurde die folgende Liste aus Prüfkriterien entwickelt:

1. Wurden methodische Entscheidungen begründet?
2. Ist eine methodische bzw. Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Systematic Reviews enthalten?
3. Ist eine Nachrecherche von Primärstudien bzw. ein Update der eingeschlossenen Systematic Reviews (wenn erforderlich) enthalten?
4. Wurden Strategien zum Umgang mit diskordanten Systematic Reviews berichtet?
5. Wurden Suchzeiträume und Datenbanken berichtet?
6. Erfolgte die Literatursuche durch zwei Autoren?
7. Wurden Methoden der Datenextraktion berichtet?
8. Wurde eine Untersuchung hinsichtlich der Überlappung der Studienpools vorgenommen und berichtet?
9. Wurde erwähnt, ob die Primärstudien in den eingeschlossenen Systematic Reviews identifizierbar waren bzw. ob Systematic Reviews ausgeschlossen wurden, wenn dies nicht der Fall war?
10. Wurde in den Einschlusskriterien definiert, ob nur Systematic Reviews von RCTs oder auch von Non-RCTs eingeschlossen wurden?
11. Wurde eine Qualitätsbewertung der Primärpublikationen vorgenommen?

Je nachdem, ob die jeweilige Frage mit „Ja“ beantwortet werden kann, wird ein Punkt vergeben. Insgesamt sind dies elf Punkte.

Dabei wurde die folgende Einteilung zur Bewertung des Overviews vorgenommen:

- 0 – 4 Punkte: Overview-Qualität ist schlecht
- 5 – 7 Punkte: Overview-Qualität ist mittelmäßig
- 8 – 11 Punkte: Overview-Qualität ist gut.

Umkodieren der Ergebnisse des Overviews of Reviews in Empfehlungsgrade

Wie bei den eingeschlossenen Interventionsergebnissen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration wurden nun die Interventionsergebnisse aus dem Overview (vgl. Hoffman und Tan 2015) in Empfehlungsgrade – in Anlehnung an die AWMF-Systematik – umkodiert. Damit sollte erreicht werden, die Ergebnisse aus allen drei

Quellen einheitlich und übersichtlich in Tabellenform darstellen zu können.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt im Overview in qualitativer Synthese (ebd.: 3). Das bedeutet, dass die Ergebnisse deskriptiv und nicht numerisch sind. Deshalb orientiert sich die Zuteilung zu den aus der AWMF-Leitlinie vorgegebenen Empfehlungsgraden an der Beschreibung der Ergebnisse und nicht an Trends aus Effektschätzern, wie bei den (meisten) Systematic Reviews der Cochrane Collaboration.

Der am besten untersuchten und am stärksten empfohlenen Intervention wurde der Grad A+ zugeordnet. Die weiteren Ergebnisse wurden dementsprechend den weiteren Graden zugeteilt⁶⁶.

Zusammenfassung der Ergebnisse aus drei Quellen in eine vorläufige Ergebnistabelle

Das Resultat der Integration der drei Quellen (Cochrane, AWMF, Hoffman und Tan 2015) und der einheitlichen Darstellung der Interventionsergebnisse in Empfehlungsgraden durch Umkodierung ist eine vorläufige Ergebnistabelle⁶⁷. Darin wurde die beschriebene Kategorisierung⁶⁸ beibehalten. Durch die Integration des Overviews kamen einige neue Kategorien im Bereich der „Kollektivinterventionen“ hinzu.

In der Tabelle wurde die jeweilige Intervention mit einer Kurzdefinition aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration und der dazugehörigen Dimension in der ersten Spalte wiedergegeben. Die jeweils untersuchten Outcomes sind im Fall von präventiven Interventionen immer Prävalenzen des Rauchens u. ä., im Fall der Kuration immer die Aufgabe des Rauchens, Abstinenzen u. ä. Outcomes wurden in dieser Spalte nur aufgeführt, wenn sie von diesem Muster abweichen.

In der zweiten Tabellenspalte wurde die Nummer des Cochrane-Reviews aufgeführt, aus dem das Einzelergebnis stammt. Somit kann dieses jeweils auf die Datenextraktionstabelle zurückgeführt werden, wo zusätzliche Informationen, z. B. zur Intervention präsentiert werden.

Pro Intervention wurde die umkodierte Empfehlung nach dem dargestellten Prozess⁶⁹ in der dritten Spalte aufgeführt.

Um diese Darstellung zu ermöglichen, wurde zuvor mit Arbeitstabellen gearbeitet, die zum Teil in einem Peer-Review-Verfahren überarbeitet wurden.

⁶⁶ Vgl. Ergebnis der Umkodierung der Ergebnisse des Overviews of Reviews in Empfehlungsgrade (166)

⁶⁷ Vgl. Anhang IV

⁶⁸ Vgl. Kategorisierung (133)

⁶⁹ Vgl. Umkodierung in Empfehlungsgrade (137)

In der vorläufigen Ergebnistabelle wird weiterhin mitgeteilt, ob das jeweilige Ergebnis aus einer (statistischen) Meta-Analyse stammt (vierte Spalte). Diese Information wurde den jeweiligen Systematic Reviews der Cochrane Collaboration entnommen. In der fünften Spalte wurde angegeben, aus wie vielen Studien und Studienteilnehmerzahlen das jeweilige Ergebnis besteht. Diese Information ist entweder im Abstract gegeben oder wurde aus den Angaben in den „Eigenschaften der Studien“ berechnet. Dazu wurde die Angabe unter „Participants“ genutzt. Hier werden nicht immer Studienteilnehmerzahlen genannt, sondern auch andere Merkmale, wie z. B. Eigenschaften der Teilnehmenden. In diesen Fällen wurde ohne die Angabe der einzelnen Studie weitergerechnet bzw. die Angabe weggelassen (wenn für alle fragten Studien die Teilnehmerzahl fehlte). Bei Angabe von mehreren Teilnehmerzahlen zu einer Studie wurden Intention-To-Treat-Zahlen verwendet. Die Teilnehmerzahlen sind somit als Näherungswerte zu verstehen.

In der sechsten Spalte wurde die Schlussfolgerung der Autoren zu dem jeweiligen Ergebnis aus dem Abstract zitiert. In den darauffolgenden Spalten wurde die jeweils entsprechende Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie und die, nach dem beschriebenen Verfahren⁷⁰ umkodierte Empfehlung aus dem Overview abgebildet.

Daraus ergibt sich folgender Tabellenkopf (s. Anhang):

Tab. XV: Tabellenkopf der vorläufigen Ergebnistabelle

Intervention	Nr.	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015)
		Umkodierte Empfehlung	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmerzahl	Schlussfolgerung der Autoren		

In Fußnotenform wurden Anmerkungen zu den Interventionen und deren Zuteilungen gemacht. Auch Widersprüche zu Empfehlungen der AWMF-Leitlinie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wurden wiedergegeben, um darzustellen, dass zum Teil unterschiedliche Meinungen vorliegen. Die Begründungen dazu wurden am Ende der Tabelle aufgeführt.

„MIC-getestet“: Ergebnisse mit Studien aus MIC in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration

Zunächst wurde durch einen Abgleich mit der beschriebenen und aktualisierten Länderklassifizierung der Weltbank (vgl. The World Bank Group 2019a) festgestellt, dass keine Studien aus LIC in die eingeschlossenen Systematic Reviews der Cochrane Collaborati-

⁷⁰ Vgl. Umkodieren der Ergebnisse des Overviews of Reviews in Empfehlungsgrade (141)

on eingeschlossen sind. Um diejenigen Ergebnisse hervorzuheben, bei denen Studien aus MIC beteiligt sind, wurden alle eingeschlossenen Ergebnisse auf Studien aus MIC überprüft. Das Ergebnis dieser Prüfung kann der Datenextraktionstabelle entnommen werden⁷¹. Dann wurde kontrolliert, ob die Studienergebnisse aus den jeweiligen MIC-Studien auch den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien⁷² genügen. Diese Prüfung wurde in der Datenextraktionstabelle⁷³ noch nicht vorgenommen, da hier noch alle Systematic Reviews, d. h. alle Einzelstudienergebnisse einbezogen wurden.

Wenn Studien aus MIC eingeschlossen sind, wurde die Markierung „MIC-getestet“ in die erste Spalte der vorläufigen Ergebnistabelle eingefügt, um dies der Schwerpunktsetzung der Arbeit entsprechend besonders hervorzuheben. Dazu wurde aufgeführt, wie viele Studien aus diesen Regionen eingeschlossen sind, aus welchen Ländern sie stammen und Autor und Jahr der jeweiligen Studie genannt.

Zweiter Abgleich der beforschten Interventionen mit den eingeschlossenen Artikeln der FCTC

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob die eingeschlossenen Artikel der FCTC⁷⁴ durch die beforschten Interventionen, die in der vorläufigen Ergebnistabelle⁷⁵ aufgelistet werden, abgedeckt sind.

Dafür wurde zunächst eine inhaltliche Zuordnung der beforschten Interventionen zu den eingeschlossenen Artikeln der FCTC vorgenommen, die in der folgenden Tabelle dargestellt wird⁷⁶:

Tab. XVI: Zuordnung der Ergebnisse zu den eingeschlossenen Artikeln der FCTC

Artikel der FCTC	Intervention aus Cochrane oder Hoffman und Tan (2015)	Abgedeckt bei...
6: Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen	Steuern	Hoffman und Tan (2015)
8: Schutz vor Passivrauchen	Rauchverbote (im Rahmen weiterer Maßnahmen), Setting: Schule (präventiv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, Hoffman und Tan (2015)
	Stärkung der Gesetzesumsetzung, um Tabakhändler davon abzuhalten, Tabakprodukte an Minderjährige zu verkaufen	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, Hoffman und Tan (2015)
	Gesetzliche Rauchverbote	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, Hoffman und Tan (2015)
9, 10: Regelungen bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugen	-	-

⁷¹ Anhang III, letzte Spalte; vgl. auch Datenextraktion zum Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (125)

⁷² Vgl. Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien (130)

⁷³ Vgl. Anhang III

⁷⁴ Vgl. Box I

⁷⁵ Vgl. Anhang IV

⁷⁶ Diese tabellarische Darstellung wurde nur bei diesem zweiten Abgleich erstellt, weil hier alle drei Quellen eingeschlossen sind [d. Verf.].

Artikel der FCTC	Intervention aus Cochrane oder Hoffman und Tan (2015)	Abgedeckt bei...
nissen		
11: Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen	Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (gesundheitliche Warnhinweise, „Plain packaging“)	Hoffman und Tan (2015)
12: Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit⁷⁷	Schulbasierte Interventionen, Hausbesuche (edukativ), Gruppensitzungen mit dem Outcome: ETS-Exposition bei Kindern	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bildungsbasierte Interventionen im Rahmen von koordinierten multidimensionalen Programmen (Gemeindeansatz), Zielgruppe: Erwachsene (präventiv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bildungsbasierte Interventionen im Rahmen von koordinierten multidimensionalen Programmen (Gemeindeansatz), Zielgruppe: junge Menschen (präventiv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bildungsbasierte Interventionen, Zielgruppe: indigene Jugendliche (präventiv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015) ⁷⁸
	Lehrplanbasierte Interventionen, Setting: Schule (präventiv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁷⁹
	Gesundheitliche Aufklärung, Zielgruppe: Schwangere	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Informationen an Einzelhändler, um sie davon abzuhalten, Tabakprodukte an Minderjährige zu verkaufen	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Selbsthilfematerial, Setting: Arbeitsplatz	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁸⁰
	Selbsthilfematerial bei Nutzern ohne weitere Unterstützung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁸¹
	Selbsthilfe, Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzerkrankung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁸²
	Selbsthilfe nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁸³
	Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Schulung von Fachkräften der Gesundheitsversorgung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
Massenmediale Intervention, Zielgruppe: Erwachsene	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie	

⁷⁷ In der FCTC werden hier zusätzlich die Verbreitung von Informationen über die Tabakindustrie und Programme zur Schulung, Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, Medienvertretern, Erziehern, Entscheidungsträgern, Verwaltungsmitarbeitern u. a. genannt (s. Kahnert et al. 2011: 24). Diese Interventionen werden in den eingeschlossenen Quellen, bis auf Training und Schulung von Fachkräften der Gesundheitsversorgung nicht abgedeckt.

⁷⁸ AWMF: Empfehlung nicht auf indigene Jugendliche spezialisiert.

⁷⁹ AWMF: Empfehlung nicht auf das Setting „Schule“ spezialisiert.

⁸⁰ AWMF: Empfehlung nicht auf das Setting „Arbeitsplatz“ spezialisiert (Setting: „Gesundheitsversorgung“)

⁸¹ AWMF: Empfehlung nicht auf Nutzer ohne weitere Unterstützung spezialisiert.

⁸² AWMF: Empfehlung nicht auf Patienten mit koronarer Herzerkrankung spezialisiert.

⁸³ AWMF: Empfehlung nicht auf das Stufenmodell der Verhaltensänderung spezialisiert.

Artikel der FCTC	Intervention aus Cochrane oder Hoffman und Tan (2015)	Abgedeckt bei...
		(2015a) ⁸⁴ , Hoffman & Tan (2015)
	Massenmediale Intervention, Zielgruppe: junge Menschen (präventiv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a), Hoffman & Tan (2015) ⁸⁵
13: Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring⁸⁶	Werbeverbote	Hoffman und Tan (2015)
14: Maßnahmen im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums	Gruppentherapie, Setting: Arbeitsplatz	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁸⁷
	Verhaltenstherapie (psychosoziale Intervention), Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzerkrankung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁸⁸
	Verhaltensbasierte Interventionen (intensiv), Zielgruppe: Patienten vor einer OP	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁸⁹
	Verhaltensbasierte Interventionen (kurz), Zielgruppe: Patienten vor einer OP	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹⁰
	Verhaltensbasierte Intervention mit oraler Untersuchung, Durchführer: Zahnärzte, zahnärztliches Personal	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹¹
	Verhaltensbasierte Behandlung, Zielgruppe: Nutzer von Wasserpfeifentabak	- SR der Cochrane Collaboration: keine Studien eingeschlossen
	Verhaltensbasierte Intervention, Zielgruppe: Kinder und Jugendliche (präventiv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹²
	Stimmungsmanagement psychosozial, Zielgruppe: Raucher mit akuter und vergangener Depression	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Soziale Unterstützung (psychosoziale Intervention), Zielgruppe: Schwangere	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Interventionen bezüglich unterstützendem Verhalten durch Partner, Zielgruppe: Raucher, deren Partner oder beide	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹³
	Motivations-Enhancement-Therapie, Zielgruppe: junge Menschen	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung (Transtheoretical Model, TTM), Zielgruppe: junge Menschen	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹⁴
	Beratung, Durchführer: Kranken-	Eingeschlossene SRs der Cochra-

⁸⁴ AWMF: Empfehlung für bestimmte Medien, nicht massenmediale Kampagnen allgemein.

⁸⁵ AWMF: Empfehlung für bestimmte Medien, nicht massenmediale Kampagnen allgemein.

⁸⁶ Maßnahmen dagegen [d. Verf.]

⁸⁷ AWMF: Empfehlung nicht auf das Setting „Arbeitsplatz“ spezialisiert.

⁸⁸ AWMF: Empfehlung nicht auf Patienten mit koronarer Herzerkrankung spezialisiert.

⁸⁹ AWMF: Empfehlung nicht auf verhaltensbasierte Intervention spezialisiert.

⁹⁰ AWMF: Empfehlung nicht auf verhaltensbasierte Intervention spezialisiert.

⁹¹ AWMF: Empfehlung nicht auf verhaltensbasierte Intervention mit oraler Untersuchung durch Zahnärzte spezialisiert.

⁹² AWMF: Empfehlung bezieht sich auf Jugendliche.

⁹³ AWMF: Empfehlung nicht auf Partner spezialisiert.

⁹⁴ AWMF: Empfehlung nicht auf Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung spezialisiert.

Artikel der FCTC	Intervention aus Cochrane oder Hoffman und Tan (2015)	Abgedeckt bei...
	schwwestern	ne Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Beratung, Durchführer: Ärzte	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Beratung, Zielgruppe: Schwangere	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Beratung (kurz, intensiv, telefonisch), Outcome: ETS-Exposition bei Kindern	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹⁵
	Beratung nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Unterstützung durch Beratung mit Aufzeichnungen, Durchführer: Apotheker, Apothekenmitarbeiter	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹⁶
	Verschiedene Formen der Beratung und Anleitung, Outcome: CPD-Reduzierung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Telefonische Beratung, Zielgruppe: ST-Nutzer	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹⁷
	Beratung telefonisch („Unterstützung“), Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzerkrankung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹⁸
	Motivierende Gesprächsführung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bedingte Verstärkung (Contingent Reinforcement, CR) mit Geld, Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Anreize, Zielgruppe: Kinder und Jugendliche	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Quit and win Contests	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Patienten-basierte finanzielle Interventionen	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, Hoffman und Tan (2015)
	Anbieter-basierte finanzielle Interventionen	Hoffman und Tan (2015)
	Feedback über Messungen der ETS-Exposition bei Kindern	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Feedback über mütterliche Cotinin-Werte, Outcome: ETS-Exposition bei Kindern	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Genetische Tests	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Feedback-Interventionen, Zielgruppe: Schwangere	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015)
	Rückfallpräventionsprogramme, Setting: Arbeitsplatz	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ⁹⁹
	NRT	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	NRT, Zielgruppe: Patienten wäh-	Eingeschlossene SRs der Cochra-

⁹⁵ AWMF: Empfehlung nicht auf Outcome „ETS-Exposition bei Kindern“ spezialisiert.

⁹⁶ AWMF: Empfehlung nicht auf Durchführer „Apotheker, Apothekenmitarbeiter“ spezialisiert.

⁹⁷ AWMF: Empfehlung nicht auf ST-Nutzer spezialisiert.

⁹⁸ AWMF: Empfehlung nicht auf Patienten mit koronarer Herzerkrankung spezialisiert.

⁹⁹ AWMF: Empfehlung nicht auf Setting „Arbeitsplatz“ spezialisiert (Setting: „Gesundheitsversorgung“).

Artikel der FCTC	Intervention aus Cochrane oder Hoffman und Tan (2015)	Abgedeckt bei...
	rend eines Krankenhausaufenthaltes	ne Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ¹⁰⁰
	NRT, Outcome: CPD-Reduzierung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	NRT (oral) zur Vermeidung von Rückfällen (präventiv), Zielgruppe: Abstinenzler ohne Hilfe	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ¹⁰¹
	NRT (oral) zur Vermeidung von Rückfällen (präventiv), Zielgruppe: Abstinenzler mit Hilfe	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ¹⁰²
	NRT, Zielgruppe: Schwangere	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	NRT, Zielgruppe: Raucher mit akuter oder vergangener Depression	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	NRT, Zielgruppe: junge Menschen	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	NRT, Zielgruppe: Nutzer von ST	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bupropion	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bupropion, Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bupropion, Zielgruppe: Raucher mit vergangener Depression	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bupropion, Zielgruppe: Raucher mit akuter Depression	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bupropion, Zielgruppe: junge Menschen	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bupropion, Outcome: CPD-Reduzierung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Bupropion (in Verbindung mit intensiver Beratung), Zielgruppe: Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ¹⁰³
	Bupropion zur Vermeidung von Rückfällen (präventiv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Bupropion, Zielgruppe: Nutzer von ST	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Nortriptylin	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Monoaminoxidasehemmer	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Vareniclin	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie

¹⁰⁰ AWMF: Empfehlung nicht auf NRT spezialisiert. (dt.: NET)

¹⁰¹ AWMF: Empfehlung nicht auf Abstinenzler ohne Hilfe spezialisiert.

¹⁰² AWMF: Empfehlung nicht auf Abstinenzler mit Hilfe spezialisiert.

¹⁰³ AWMF: Empfehlung nicht auf Bupropion spezialisiert.

Artikel der FCTC	Intervention aus Cochrane oder Hoffman und Tan (2015)	Abgedeckt bei...
		(2015a)
	Vareniclin, Zielgruppe: Patienten vor einer OP	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ¹⁰⁴
	Vareniclin zur Vermeidung von Rückfällen (präventv)	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Vareniclin, Zielgruppe: Nutzer von ST	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Vareniclin, Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015)
	Vareniclin, Zielgruppe: Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a) ¹⁰⁵
	Cytisin	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Dianiclin	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Lobelin	- SR der Cochrane Collaboration: keine Studien eingeschlossen, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Clonidin	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Mecamylamin	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Buspiron	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Diazepam	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Meprobamat	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Metoprolol	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Oxprenolol	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Naltrexon	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Rimonabant	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Nikotin-Impfung	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Silberazetat	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Medikamentöse Behandlung (Pharmakotherapie allgemein), Zielgruppe: Nutzer von Wasserpfeifentabak	- SR der Cochrane Collaboration: keine Studien eingeschlossen

¹⁰⁴ AWMF: Empfehlung nicht auf Vareniclin spezialisiert.

¹⁰⁵ AWMF: Empfehlung nicht auf Vareniclin spezialisiert.

Artikel der FCTC	Intervention aus Cochrane oder Hoffman und Tan (2015)	Abgedeckt bei...
	Nicobrevin	- SR der Cochrane Collaboration: keine Studien eingeschlossen, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Akupunktur	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Akupressur	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Lasertherapie	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Elektrostimulation	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Hypnotherapie	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
	Elektronische Zigaretten	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie (2015a)
15: Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen ¹⁰⁶	-	-
16: Verkauf an und durch Minderjährige ¹⁰⁷	Informationen an Einzelhändler, um sie davon abzuhalten, Tabakprodukte an Minderjährige zu verkaufen ¹⁰⁸	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration
	Stärkung der Gesetzesumsetzung, um Tabakhändler davon abzuhalten, Tabakprodukte an Minderjährige zu verkaufen ¹⁰⁹	Eingeschlossene SRs der Cochrane Collaboration, Hoffman und Tan (2015)
17: Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten	-	-
18: Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit	-	-
20, 21: Forschung, Überwachung, Berichterstattung und Informationsaustausch	-	-

Daraus ergibt sich die folgende Abdeckung und Nicht-Abdeckung der eingeschlossenen Artikel der FCTC durch die bisherigen Ergebnisse:

Tab. XVII: Übersicht über die durch die Ergebnisse abgedeckten und nicht abgedeckten Artikel der FCTC

Maßnahmen der Tabakkontrolle aus dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs		Maßnahmen aus den SRs der Cochrane Collaboration	Maßnahmen aus der AWMF-Leitlinie	Maßnahmen aus Hoffman und Tan (2015):
Maßnahme/Intervention	Artikel			
TEIL III Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak				
Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen	6	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Abgedeckt (Raise taxes on tobacco)
Schutz vor Passivrauchen	8	Abgedeckt (Gesetze und	Nicht abge-	Abgedeckt

¹⁰⁶ Maßnahmen dagegen [d. Verf.]

¹⁰⁷ Maßnahmen dagegen [d. Verf.]

¹⁰⁸ Intervention wurde auch Artikel 12 zugeordnet.

¹⁰⁹ Intervention wurde auch Artikel 8 zugeordnet.

Maßnahmen der Tabakkontrolle aus dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs		Artikel	Maßnahmen aus den SRs der Cochrane Collaboration	Maßnahmen aus der AWMF-Leitlinie	Maßnahmen aus Hoffman und Tan (2015):
Maßnahme/Intervention					
			Verbote)	deckt	(Protect people from tobacco smoke)
Nicht abgedeckt	Regelungen bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen	9, 10	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt
	Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen	11	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Abgedeckt (Warn about the dangers of tobacco)
	Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit	12	Abgedeckt (Bildung, Schulung und Training sowie Informationsmaterial und Selbsthilfe ¹¹⁰ , Trainings- und Schulungsinterventionen für Fachkräfte der Gesundheitsversorgung [Gesundheitssystembasierte Interventionen] und Medien)	Abgedeckt (s. Kategorien Cochrane)	Abgedeckt (Warn about the dangers of tobacco)
	Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring ¹¹¹	13	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Abgedeckt (Enforce bans on tobacco advertising and sponsorship)
	Maßnahmen im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums	14	Abgedeckt (alle klinischen Interventionen, inkl. Anreize [aus „Individualinterventionen“ und „Kollektivinterventionen“: „Gesundheitssystembasierte Interventionen“], Feedback über Biomarker, Rückfallprävention, alternativen Therapien und elektronischen Zigaretten [„Kollektivinterventionen“: „Produktbezogene Interventionen“])	Abgedeckt (s. Kategorien Cochrane)	Teilweise abgedeckt (Offer help to quit tobacco use)
TEIL IV Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verminderung des Tabakangebots					
Nicht abgedeckt	Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen ¹¹²	15	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt
	Verkauf an und durch Minderjährige ¹¹³	16	Abgedeckt (Bildung, Schulung und Training: Informationen an Einzelhändler und Gesetze und Verbote: Stärkung der Gesetzesumsetzung)	Nicht abgedeckt	Abgedeckt (Restrict sales to minors)

¹¹⁰ Zuordnung von Informationsmaterial und Selbsthilfe wäre alternativ auch unter Artikel 14: Maßnahmen im Zusammenhang mit der Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums möglich.

¹¹¹ Maßnahmen dagegen [d. Verf.]

¹¹² Maßnahmen dagegen [d. Verf.]

¹¹³ Maßnahmen dagegen [d. Verf.]

Maßnahmen der Tabakkontrolle aus dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs		Maßnahmen aus den SRs der Cochrane Collaboration	Maßnahmen aus der AWMF-Leitlinie	Maßnahmen aus Hoffman und Tan (2015):
Maßnahme/Intervention	Artikel			
Nicht abgedeckt	Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten	17	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt
Weitere eingeschlossene Maßnahmen				
Nicht abgedeckt	Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit	18 (TEIL V Schutz der Umwelt)	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt
Nicht abgedeckt	Forschung, Überwachung, Berichterstattung und Informationsaustausch	20, 21 (TEIL VII Wissenschaftliche und technische Zusammenarbeit und Übermittlung von Informationen)	Nicht abgedeckt	Nicht abgedeckt

Folgende eingeschlossene Artikel der FCTC blieben somit weiterhin nicht abgedeckt:

- Artikel 9: Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen
- Artikel 10: Regelung bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse
- Artikel 15: Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen
- Artikel 17: Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten
- Artikel 18: Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit
- Artikel 20: Forschung, Überwachung und Informationsaustausch
- Artikel 21: Berichterstattung und Informationsaustausch.

Ergänzende Recherche in zwei Datenbanken

Um Ergebnisse zu den dargestellten fehlenden Maßnahmen (Interventionen) aus den Artikeln 9, 10, 15, 17, 18, 20 und 21 der FCTC zu erhalten, wurde eine ergänzende Recherche in den Datenbanken PubMed¹¹⁴ und Epistemonikos¹¹⁵ durchgeführt.

PubMed

Für die Entwicklung der Suchstrategie bei PubMed wurden überwiegend Medical Subjects Headings (MeSH) verwendet. Unter diesen Wortzusammensetzungen werden bei PubMed Artikel zu bestimmten Themen indexiert (vgl. NCBI 2019). Diejenigen MeSH-Terms wurden ausgewählt, die einen Bezug zu den gesuchten Interventionen aufwie-

¹¹⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (11.06.2019)

¹¹⁵ <https://www.epistemonikos.org/> (11.06.2019)

sen¹¹⁶. Die gesuchten Wörter und Wortzusammensetzungen sollten im Titel oder Abstract des jeweiligen Artikels vorkommen. Der Artikel-Typ wurde auf Systematic Reviews beschränkt. Auch wurde eine zeitliche Eingrenzung auf zehn Jahre vorgenommen, um das Suchergebnis im Rahmen zu halten und eher aktuellere Forschung einzubeziehen.

Epistemonikos

Epistemonikos beansprucht für sich, die größte Quelle für Systematic Reviews für Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich zu sein. Die Datenbank wird von der „Epistemonikos-Foundation“, einer gemeinnützigen Organisation mit Sitz in Santiago, Chile betrieben (vgl. Epistemonikos 2018). Verschiedene elektronische Datenbanken und andere Quellen werden in regelmäßigen Zeitabständen nach Systematic Reviews für Entscheidungsträger im gesundheitlichen Bereich durchsucht. Das sind u. a.: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), PubMed, EMBASE, CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Literature), PsycINFO, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), The Campbell Collaboration online library, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports und EPPI-Centre Evidence Library (vgl. Epistemonikos 2018a).

Die Suche in Epistemonikos wurde mit den beiden Schlagwörtern „tobacco“ und „smoking“ im Titel oder Abstract bewusst offengehalten. Die Suche wurde, wie bei PubMed, auf Systematic Reviews und zehn Jahre eingegrenzt.

Die Suche in Epistemonikos wurde am 16.04.2016 und in PubMed am 17.04.2016 durchgeführt. Bei PubMed ergaben sich daraus 4540 und bei Epistemonikos 1504 Treffer. Zusammen sind das 6044 Treffer. Diese wurden mit der Endnote-Software¹¹⁷ auf Dupletten geprüft. Danach hat sich die Trefferzahl auf 5012 reduziert. Dann wurden die Titel überprüft und demnach 4896 Treffer ausgeschlossen, die keine Systematic Reviews waren oder die keine Interventionen aus den gesuchten Bereichen betrafen. Nach der Durchsicht der Abstracts wurden 102 Treffer ausgeschlossen, nach Durchsicht der Volltexte 12. Bei unsicheren Treffern wurde ein zweiter Reviewer hinzugezogen (Imke Schilling).

Die folgende Abbildung zeigt den Algorithmus der ergänzenden Recherche:

¹¹⁶ Vgl. Abb. XIV: Algorithmus der ergänzenden Recherche.

¹¹⁷ EndNote X7.8

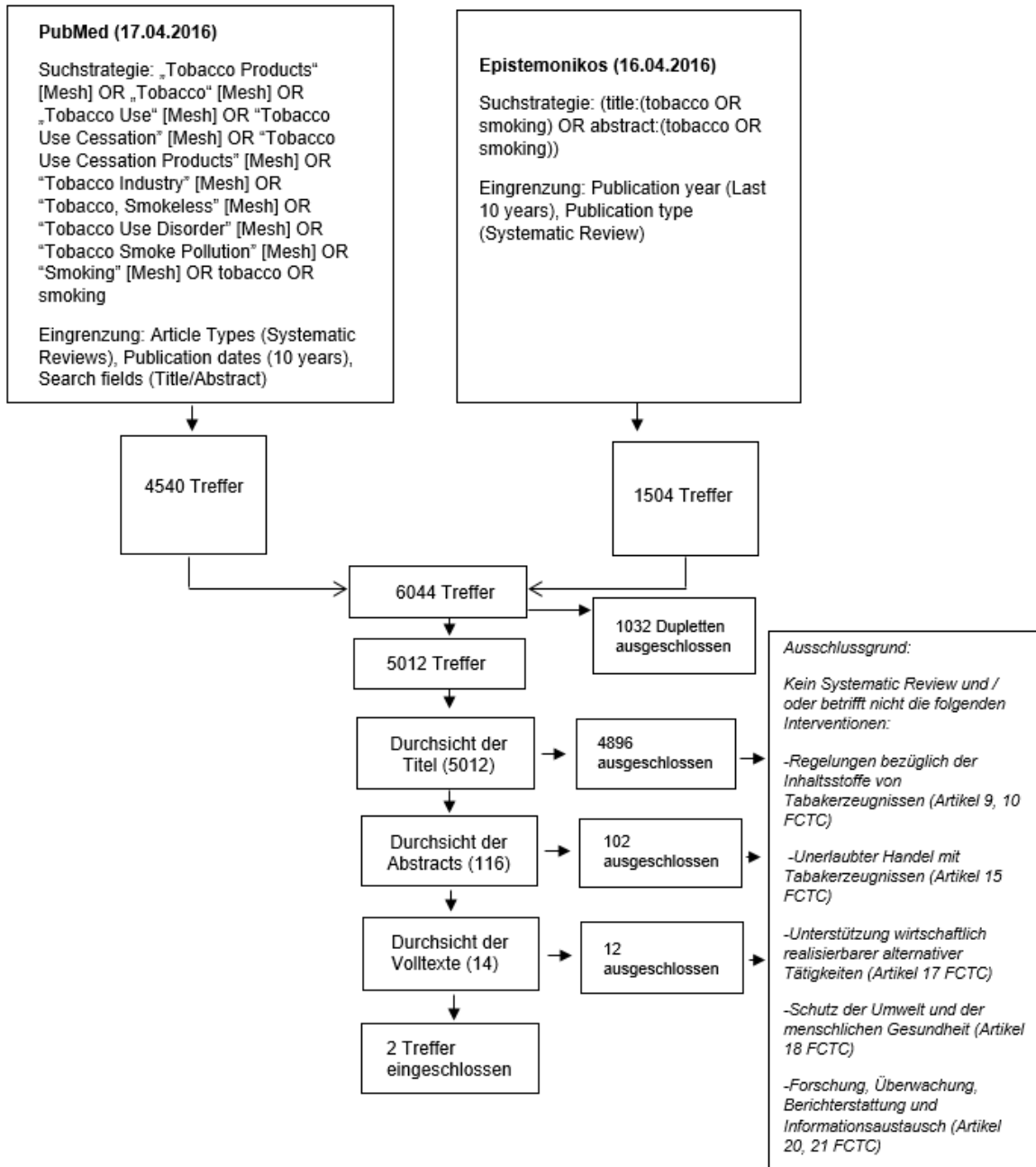


Abb. XIV: Algorithmus der ergänzenden Recherche

Aus der ergänzenden Recherche wurden zwei Dokumente eingeschlossen. Eins davon ist der Overview zu den regierungsbasierten Tabakkontrollinterventionen von Hoffman und Tan (2015). Dieser deckt zwar eine der gefragten Interventionen (Artikel 20 und 21 der FCTC: Forschung, Überwachung, Berichterstattung und Informationsaustausch/MPOWER: monitor tobacco use and prevention policies) insofern ab, als dass diese darin erwähnt wird. Jedoch wird beschrieben, dass zu dieser Intervention keine Systematic Reviews identifiziert wurden (Hoffman und Tan 2015: 7).

Das zweite Dokument ist ein „Evidence-Report“, der für das US-amerikanische Gesund-

heitsministerium (engl. U.S. Department of Health and Human Services) erstellt wurde (vgl. Ranney et al. 2006). Die darin abgedeckte gefragte Intervention nennt sich „Produktbeschränkungen“ (engl. Product restriction interventions), was mit den Artikeln 9 und 10 der FCTC (Regelungen bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen) korrespondiert.

Es wird beschrieben, dass zu diesem Interventionstyp keine Studien gefunden wurden sowie, dass dieser auch in früheren Übersichtsarbeiten nicht abgedeckt wird (Ranney et al. 2006: 36 und 97).

Daraus wird ersichtlich, dass die ergänzende Recherche zu keinen neuen Erkenntnissen führt und dass zu Tabakkontrollinterventionen, die zu den Artikeln 9, 10, 15, 17, 18, 20 und 21 der FCTC passen, in zwei bedeutenden gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken zum Zeitpunkt der Recherche keine Systematic Reviews vorlagen.

Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse aus dem Forschungsprozess beschrieben.

Ergebnis aus der Prüfung der Vollständigkeit der abgedeckten Systematic Reviews

Der Abgleich zeigt, dass zwei Systematic Reviews der Cochrane Collaboration, die aufgrund der Interventionsform ausgeschlossen wurden, vor dem Hintergrund eines offeneren Verständnisses evtl. hätten einbezogen werden können¹¹⁸. Das sind:

- „Interventions for recruiting smokers into cessation programmes“
- „Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence“

Zudem wurden zwei Systematic Reviews übersehen. Bei einem davon wurden aber laut Abstract keine Ergebnisse zu den hier gefragten Outcomes gefunden:

- „Incentives for smoking cessation“
- „Use of electronic health records to support smoking cessation“

¹¹⁸ Vgl. Anhang II (Abb. stellt Vorgehen beispielhaft dar, Überarbeitung erfolgte gemäß Anhang II, d. Verf.).

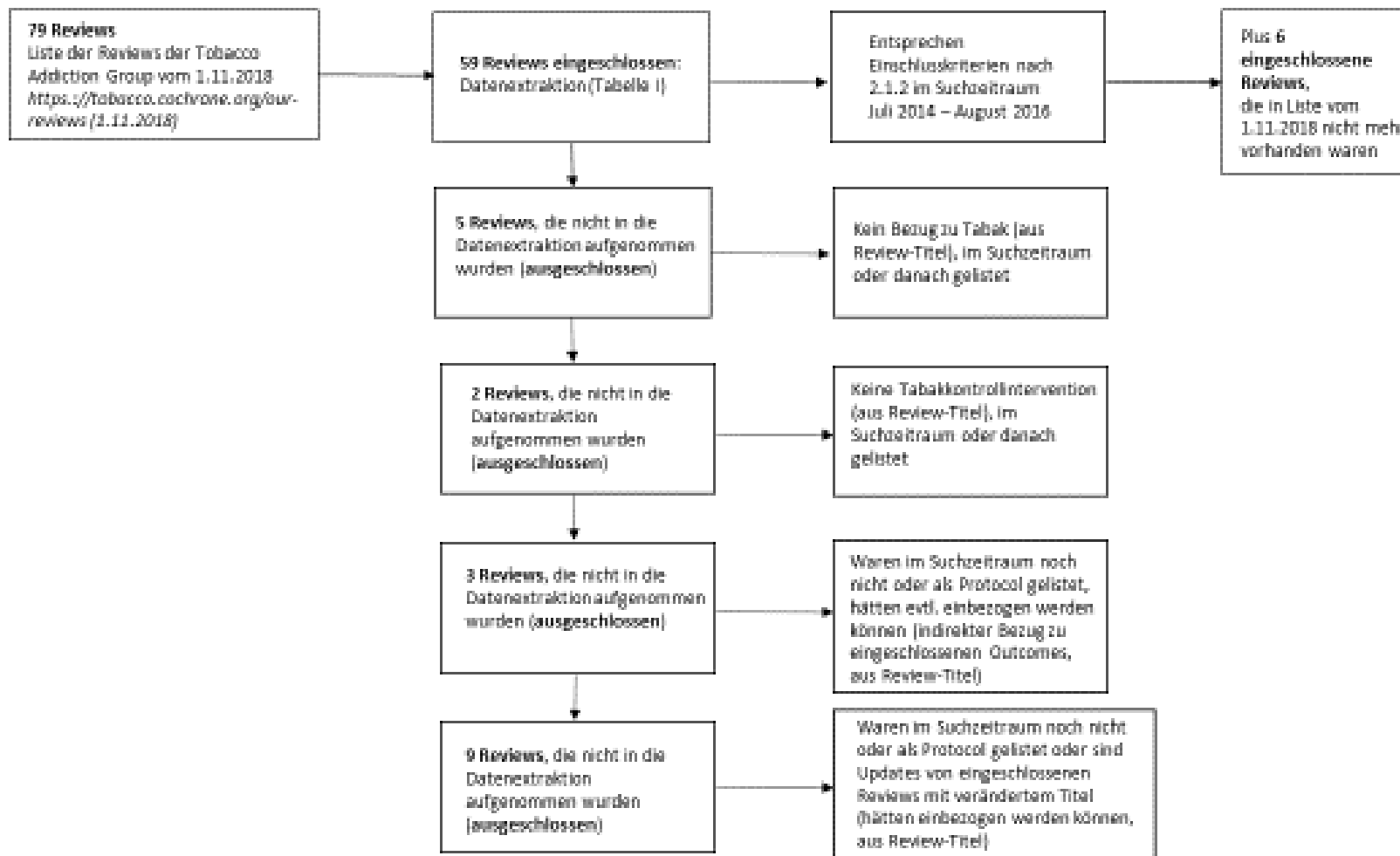


Abb. XV: Abgleich der in die Datenextraktion eingeschlossenen Systematic Reviews mit der Liste der Systematic Reviews der Cochrane Tobacco Addiction Group vom 01.11.2018

Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ der AWMF

Die wesentlichen Aspekte der im Forschungsprozess einbezogenen Leitlinie¹¹⁹ sind (AWMF 2015: 5 – 7):

Zielsetzung

- Behandlungsempfehlungen darüber abgeben, was Rauchern zur Motivation und zur Unterstützung der Tabakentwöhnung angeboten werden soll, sollte oder kann
- Fragen zum Screening, zur Diagnostik, zur Dokumentation und zum adäquaten Setting beantworten
- Problematische Angebote thematisieren, die nicht angeboten werden sollten oder sollen

Initiatoren, Teilnehmende, Zeitraum, Kostendeckung

- Initiatoren: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)
- Entwicklung durch 18 Autoren und über 50 beteiligte Personen über einen Zeitraum von vier Jahren, überwiegend in ehrenamtlicher Tätigkeit
- Kostendeckung ausschließlich durch nicht interessengeleitete Spenden und Zuwendungen in Form von personeller Unterstützung, keine Drittmittelannahme von privaten Unternehmen

Methodischer Prozess

- Festlegung von klinischen Fragestellungen im Konsensverfahren
- Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragestellungen
 - Systematisch recherchierte Quelleitlinien und Systematic Reviews der Tobacco Addiction Group der Cochrane Collaboration
 - Durchführung von Systematic Reviews zu nicht beantworteten Fragen (Inanspruchnahme von technischen Hilfen des Instituts für Lungenforschung GmbH)
- Modifizierung, Annahme oder Ablehnung der durch Hintergrundtexte begründeten Empfehlungen, Empfehlungsgrade und Einschätzungen der Evidenzlevel
 - Vorschläge werden Experten auf sogenannten Konsensuskonferenzen vorgelegt

¹¹⁹ Vgl. Übernahme eines Systems von Empfehlungsgraden zur Ergebnisdarstellung (137)

- Vorschläge werden von bis zu 35 Delegierten von Fachgesellschaften, Berufsverbänden sowie Patienten- und Angehörigenvertretungen diskutiert
- Modifizierung der Vorschläge bis zur Annahme oder Ablehnung
- Umgang mit Interessenkonflikten: Erklärungen zu potenziellen oder tatsächlichen Interessenkonflikten der Delegierten entscheiden über Teilnahme an den Abstimmungen

Systematik

- Empfehlungsgrade
 - A bezeichnet eine starke Empfehlung, die mit dem Wort „soll“ unterlegt ist
 - B bezeichnet eine Empfehlung, die mit dem Wort „sollte“ unterlegt ist
 - 0 bezeichnet eine unklare Empfehlung, die mit dem Wort „kann“ unterlegt ist
 - Plus (+) ist die Empfehlung, eine Intervention anzubieten
 - Minus (-) ist die Empfehlung, eine Intervention nicht anzubieten
- Evidenzgrade (Levels of Evidence, LoE)
 - Stellen dar, in welcher Qualität die wissenschaftlichen Informationen zu einer Empfehlung vorliegen
- Klinischer Konsenspunkt, KKP
 - Bei Ausbleiben einer systematischen Literaturrecherche kann eine Entscheidung im klinischen Konsens erfolgen
 - Konsens-Regel: „Konsens“ bei über 75% und „starker Konsens“ bei über 95% Übereinstimmung
- Entwicklung der Empfehlungsgrade
 - Komplexe Abwägung im Hinblick auf
 - Klinische Relevanz
 - Nutzen-Risiko-Verhältnis
 - Umsetzbarkeit
 - Gegebenenfalls weitere Einflussgrößen

Ergebnis

- 78 Empfehlungen
- Drei klinische Algorithmen, die den Behandlungsprozess visualisieren
- Konsens: Empfehlungen und Algorithmen durch mindestens mehr als 75% (im Mittel 95,2%) der Delegierten gestützt

Bewertung der Leitlinie durch Leitlinienwatch.de

Die Initiative Leitlinienwatch.de besteht aus den Vereinen Mezis e. V.¹²⁰, NeurologyFirst e. V.¹²¹ und Transparency International Deutschland e. V.¹²² und nimmt Bewertungen von Leitlinien nach folgenden Kriterien vor:

- Transparenz
- Zusammensetzung der Leitliniengruppe
- Unabhängigkeit der federführenden Koordinatoren/Vorsitzenden/federführenden Autoren
- Enthaltung bei Abstimmungen
- Externe Beratung der Leitlinie.

Zusätzlich werden maximal drei Bonuspunkte für Maßnahmen, wie dokumentierte Anstrengungen zur Rekrutierung unabhängiger Autoren, transparente Bewertungssysteme für die Relevanz von Interessenkonflikten oder Nicht-Beteiligung von Autoren mit schwerwiegenden Interessenkonflikten nach Sichtung der Interessenkonflikterklärungen (u. a.) vergeben. Die maximale Punktezahl beträgt 15 Punkte plus drei Bonuspunkte.

11 bis 18 Punkte erhalten Leitlinien, die unabhängig sind und Interessenkonflikte ordentlich regulieren. 6 bis 10 Punkte erhalten Leitlinien, die gute Ansätze zeigen, aber Interessenkonflikte nur partiell regulieren. 0 bis 5 Punkte erhalten Leitlinien, die Reformbedarf haben und Interessenkonflikte unzureichend regulieren.

Nach den beschriebenen Kriterien erhält die AWMF-Leitlinie zum schädlichen und abhängigen Tabakkonsum neun Punkte und fällt damit in die mittlere Gruppe¹²³. D. h., dass gute Ansätze vorhanden sind, Interessenkonflikte aber nur partiell reguliert werden (Leitlinienwatch.de o.J.).

Prüfung der Leitlinie auf eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration

Da beide Datenquellen in die Ergebnisdarstellung einbezogen wurden, wurde es als sinnvoll erachtet, eine Untersuchung hinsichtlich der Verwendung von im Forschungsprozess eingeschlossenen Cochrane-Reviews in der AWMF-Leitlinie vorzunehmen. Hiermit wird dem Phänomen der Überlappung¹²⁴ Rechnung getragen.

Dazu wurden 96 zu den eingeschlossenen Empfehlungen angegebene Literaturquellen aus der AWMF-Leitlinie überprüft.

¹²⁰ <https://mezis.de/> (07.06.2019)

¹²¹ <http://www.neurologyfirst.de/> (07.06.2019)

¹²² <https://www.transparency.de/> (07.06.2019)

¹²³ <https://www.leitlinienwatch.de/tabakgebrauch-schaedlicher-und-abhaengiger-screening-diagnostik-und-behandlung-copy/> (07.06.2019)

¹²⁴ Vgl. „Überlappung“ (109)

Die Prüfung zeigt, dass 18 der eingeschlossenen Systematic Reviews¹²⁵ der Cochrane Collaboration bei der AWMF (2015) genutzt werden, und zwar:

- Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Nr. 64)
- Antidepressants for smoking cessation (Nr. 31)
- Clonidine for smoking cessation (Nr. 26)
- Hypnotherapy for smoking cessation (Nr. 2)
- Interventions for preoperative smoking cessation (Nr. 60)
- Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia (Nr. 61)
- Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Nr. 44)
- Interventions to reduce harm from continued tobacco use (Nr. 53)
- Motivational interviewing for smoking cessation (Nr. 34)
- Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Nr. 11)
- Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Nr. 57)
- Nursing interventions for smoking cessation (Nr. 43)
- Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Nr. 12)
- Physician advice for smoking cessation (Nr. 48)
- Print-based self-help interventions for smoking cessation (Nr. 30)¹²⁶
- Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy (Nr. 20)¹²⁷
- Relapse prevention interventions for smoking cessation (Nr. 28)
- Training health professionals in smoking cessation (Nr. 19).

Teilergebnis aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und der S3-Leitlinie

Bei der Kategorisierung der Interventionen¹²⁸ fällt auf, dass die bevölkerungsweiten Interventionen unterrepräsentiert sind. Das drückt sich in der wesentlich geringeren Anzahl von gebildeten Kategorien und den dahinter stehenden Einzelstudien¹²⁹ aus.

Die AWMF-Leitlinie brachte an dieser Stelle keine zusätzlichen Erkenntnisse zu den be-

¹²⁵ Inkl. ein Overview of Reviews: Nr. 12, der in Anhang III und IV mit aufgeführt wird, vgl. Beschreibung unter Ein- und Ausschlusskriterien (124).

¹²⁶ Aktualisierte Version:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001118.pub4/full> (14.06.2019)

¹²⁷ Aktualisierte Version:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001055.pub5/full> (14.06.2019)

¹²⁸ Vgl. Kategorisierung (133)

¹²⁹ Unter Quantitative Aspekte der Ergebnistabelle (179) wird beschrieben, wie die Anzahl der Studien zwischen den Individual- und Kollektivinterventionen verteilt ist [d. Verf.].

völkerungsweiten Interventionen, da Ergebnisse in Form von Empfehlungsgraden analog zu den eingeschlossenen Ergebnissen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration ausgewählt wurden. Zudem ist in der AWMF-Leitlinie eine Beschränkung auf klinische Tabakkontrollinterventionen zu verzeichnen (vgl. AWMF 2015). Das entspricht einer Schwerpunktsetzung auf die hier sogenannten „Individualinterventionen“.

Der „Overview of Systematic Reviews on the Health-Related Effects of Government Tobacco Control Policies“ von Hoffman und Tan (2015)

Die wesentlichen Aspekte des im Forschungsprozess eingeschlossenen Overviews¹³⁰ sind (vgl. Hoffman und Tan 2015):

Zielsetzung

- Politischen Entscheidungsträgern eine Hilfestellung bei der Prioritätensetzung in der nationalen Umsetzung der FCTC zur Verfügung stellen (ebd.: 2)

Datensammlung

- Ein- und Ausschlusskriterien
 - Einschluss: Outcomes zum Tabakgebrauch (z. B. Rauchprävalenz, Anzahl der gerauchten Zigaretten, Rauchaufgabe und Rauchaufnahme), zur Passivrauchexposition (z. B. berichtet und validiert) und zur primären Gesundheitsversorgung (z. B. Krankenhausaufnahmen, Risiko unerwünschter medizinischer Vorfälle)
 - Ausschluss: nicht systematische Reviews, Overviews of Reviews (Analyse auf eingeschlossene Reviews, die dann gegebenenfalls eingeschlossen wurden), mehrdimensionale Programme, wenn die einzelne gefragte Intervention nicht untersucht oder von dem Programm nicht unterscheidbar ist; Outcomes, die Veränderungen bei Rauchern nur indirekt beschreiben, wie „Erinnerung an mediale Kampagnen“ oder „Wahrnehmung des Rauchens“
- Datenpool
 - Systematic Reviews aus fünf elektronische Datenbanken (Health Evidence, Health Systems Evidence, Rx for Change, Cochrane Database of Systematic Reviews und Database of Abstracts of Reviews of Effects) bis März 2014
 - Systematic Reviews aus monatlichen Aktualisierungen der Datenbanken Health Evidence, Health Systems Evidence und Quebec Public Health Research Network bis August 2014

¹³⁰ Vgl. Integration eines Overviews of Reviews (141)

- Weitere Systematic Reviews aus einer Befragung von zwei Tabakkontroll-
experten zur Identifizierung von Quellen
- Systematic Reviews zu massenmedialen Kampagnen (gesonderte Suche
nach einem Begutachtungsprozess [engl. Peer-Review])

Ergebnisse der Datensammlung

- Identifizierung von 612 Systematic Reviews
- Nach Prüfung von Titel und Abstracts blieben 67 Systematic Reviews übrig, von
denen die Volltexte gelesen wurden (Notierung der Anzahl der Primärstudien pro
Systematic Review, Jahr der letzten Suche und wesentliche Ergebnisse)
- 45 Systematic Reviews erfüllten die Einschlusskriterien
 - Ausschlussgründe:
 - Keine zulässigen Outcomes
 - Overviews
 - Keine systematische Methodik
 - Mehrdimensionale Programme ohne Einzelergebnisse
 - Fehlende Beschreibung der evaluierten Interventionen
 - Keine Relevanz im Bereich regierungsbasierter Strategien
- Dazu kamen:
 - Vier Systematic Reviews aus monatlichen Aktualisierungen
 - Neun Systematic Reviews, die von Tabakkontrollexperten identifiziert wur-
den
 - Ein Systematic Review aus der speziellen Suche nach Systematic Re-
views zu massenmedialen Kampagnen
- Somit wurden auf dieser Stufe 59 Systematic Reviews eingeschlossen.

Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Systematic Reviews

- Übernahme der Qualitätsbewertungen aus Datenbanken, wenn vorhanden
 - Health Evidence: Punktesystem
 - Health Systems Evidence und Rx for Change: nutzen elf Qualitätskriterien
von AMSTAR
- Anwendung der Qualitätskriterien von AMSTAR bei Datenbanken ohne numeri-
sche Qualitätsbewertung
 - Cochrane Database of Systematic Reviews: keine Qualitätsbewertung der
Reviews
 - Database of Abstracts of Reviews of Effects: deskriptive Qualitätsbewer-

tung

Qualitative Synthese

- 38 Systematic Reviews mit starker und mittelmäßiger Qualität wurden in einer qualitativen Synthese zusammengefasst
- Anordnung der Interventionen in einer Übersichtstabelle
 - Klassifizierung der Interventionen nach MPOWER¹³¹
 - „Protect people from tobacco smoke“
 - „Offer help to quit tobacco use“
 - „Warn about the dangers of tobacco“ (in den zwei Unterkategorien: „Health warnings or plain packaging“ und „Mass media campaigns“)
 - „Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship“
 - „Raise taxes on tobacco“
 - „Restrict sales to minors“¹³²
 - Weitere Informationen in der Tabelle:
 - Autoren der Systematic Reviews
 - Anzahl der Primärstudien zu dem jeweiligen Ergebnis
 - Unterschiedliche Outcomes der Ergebnisse
 - Qualitätsbewertung der Ergebnisse
- Ergebnisse pro Systematic Review und Outcome farblich gestaltet
 - Grün: günstiger Effekt
 - Gelb: unklarer oder bedingter Effekt
 - Rot: kein Effekt

Ergebnis der Qualitätsbewertung des Overviews nach Pieper et al. (2013)

Aus der Anwendung der entwickelten Bewertungskriterien¹³³ ergibt sich folgende Tabelle:

Tab. XVIII: Qualitätsbewertung des Overviews of Reviews (Hoffman und Tan 2015) nach den abgeleiteten Kriterien aus Pieper et al. 2013

Qualitätskriterium nach Pieper et al. 2013	Erfüllt	Nicht erfüllt
Wurden methodische Entscheidungen begründet?	Zum Teil	
Ist eine methodische bzw. Qua-	Ja, nach Qualitätsrankings der	

¹³¹ <https://www.who.int/tobacco/mpower/en/> (10.07.2019).

¹³² Für die erste Komponente von MPOWER, Monitor tobacco use and prevention policies fanden die Autoren keine SRs (Hoffman und Tan 2015: 7). Dafür fügten sie die Komponente „Restrict sales to minors“ hinzu, die in der FCTC in Teil IV der „Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verminderung des Tabakangebots“ (Artikel 16: Verkauf an und durch Minderjährige) aufgeführt wird (Kahnert et al., 2011: 12) und die nicht Teil von MPOWER ist [d. Verf.].

¹³³ Vgl. Qualitätsbewertung des Overviews of Reviews (141)

Qualitätskriterium nach Pieper et al. 2013	Erfüllt	Nicht erfüllt
Qualitätsbewertung der eingeschlossenen SRs enthalten?	jeweiligen Datenbanken, wenn Datenbanken kein Qualitäts-ranking der SR durchführten, nach AMSTAR eigens durchgeführt.	
Ist eine Nachrecherche von Primärstudien bzw. ein Update der eingeschlossenen SRs (wenn erforderlich) enthalten?		Nein
Wurden Strategien zum Umgang mit diskordanten SRs berichtet?		Nein, kommt im Methodenteil nicht vor. Ergebnisse werden nur beschrieben. Im Overview sind Ergebnisse zu verschiedenen Themenbereichen enthalten.
Wurden Suchzeiträume und Datenbanken berichtet?	Ja, allerdings fehlt der Beginn der Suche, es wird nur berichtet, bis wann gesucht wurde.	
Erfolgte die Literatursuche durch zwei Autoren?	Wahrscheinlich ja. Zwei Autoren haben den Overview erstellt, Datenextraktion wurde durch zwei Autoren durchgeführt.	
Wurden die Methoden der Datenextraktion berichtet?	Ja	
Wurde eine Untersuchung hinsichtlich der Überlappung der Studienpools vorgenommen und berichtet?		Nein
Wurde erwähnt, ob die Primärstudien in den eingeschlossenen SRs identifizierbar waren bzw. ob SRs ausgeschlossen wurden, wenn dies der Fall war?	Ja, im Web-Appendix bezeichnet ein „?“ einen Review, in dem die Zahl der eingeschlossenen Studien nicht berichtet wird	
Wurde in den Einschlusskriterien definiert, ob nur SRs von RCTs oder auch von Non-RCTs eingeschlossen wurden?		Nein
Wurde eine Qualitätsbewertung der Primärpublikationen vorgenommen?		Nein

Mit sechs Punkten liegt der Overview somit im qualitativen Mittelfeld.

Prüfung des Overviews auf eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration

Wie bei der AWMF-Leitlinie wurde geprüft, ob im Forschungsprozess eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration im Overview (vgl. Hoffman und Tan 2015) einbezogen wurden. Dazu wurden die Quellenangaben herausgesucht, die sich auf die in die qualitative Synthese eingeschlossenen 38 Systematic Reviews mit starker

und mittelmäßiger Qualität beziehen (Quellen Nr. 14 bis 51¹³⁴).

Die Prüfung zeigt, dass sieben im Forschungsprozess eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration in die Ergebnisse des Overviews einbezogen wurden, und zwar:

- Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption (Nr. 14)
- Quit and Win contests for smoking cessation (Nr. 10)
- Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment (Nr. 42)
- Incentives for preventing smoking in children and adolescents (Nr. 33)
- Workplace interventions for smoking cessation (Nr. 7)
- Mass media interventions for smoking cessation in adults (Nr. 1)
- Interventions for preventing tobacco sales to minors (Nr. 56).

Ergebnis der Umkodierung der Ergebnisse des Overviews in Empfehlungsgrade

Im Folgenden wird beschrieben und pro Empfehlungsgrad begründet, welche Interventionsergebnisse aus dem Overview hier jeweils zugeteilt wurden.

Aufgrund der Schwerpunktsetzung des Overviews wurden alle Ergebnisse den „Kollektivinterventionen“ (bevölkerungsweite Interventionen) zugeordnet.

Empfehlungsgrad A+: Starke Empfehlung (soll angeboten werden):

Rauchverbote und –beschränkungen im öffentlichen Raum, an Arbeitsplätzen und in Wohnräumen¹³⁵ im Rahmen von „Protect people from tobacco smoke“ ist die stärkste Intervention bei Hoffman und Tan (2015: 3 – 4).

Die Autoren empfehlen diese Intervention stark. Deshalb erhält sie den Grad A+.

„Restricting sales to minors“ wird hier durch „Stärkung der Gesetzesumsetzung“¹³⁶ mit einbegriffen. Auch wenn die Autoren der Intervention insgesamt eher eine unklare Empfehlung aussprechen (Hoffman und Tan 2015: 7), weisen sie darauf hin, dass die Stärkung der Gesetzesumsetzung zu deren Effektivität beiträgt. Dies rechtfertigt die Zuteilung zum Grad A+.

Empfehlungsgrad B+: Empfehlung (sollte angeboten werden):

¹³⁴ Angabe bezieht sich auf das Quellenverzeichnis („References“) bei Hoffman und Tan 2015 [d. Verf.].

¹³⁵ Engl. Residences: bezieht sich hier wahrscheinlich in erster Linie auf die Gastronomie und Hotels, keine Anmerkungen dazu im Overview [d. Verf.].

¹³⁶ Vgl. Anhang IV

Die am zweitstärksten empfohlene Intervention bei Hoffman und Tan (2015: 6 – 7) ist „Raise taxes on tobacco products“. Sie erhält deshalb den Empfehlungsgrad B+.

Empfehlungsgrad 0+: Unklare Empfehlung (kann angeboten werden):

- Massenmediale Kampagnen im Rahmen von „Warn about the dangers of tobacco“ werden bei Hoffman und Tan (2015: 6) als möglicherweise wirksam (engl. „may be effective strategies“) beschrieben. Sie sind wahrscheinlich eine wichtige Komponente von Mehrkomponentenprogrammen (ebd.). Deshalb erhalten sie den Empfehlungsgrad 0+.
- Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (gesundheitliche Warnhinweise, „Plain packaging“¹³⁷) im Rahmen von „Warn about the dangers of tobacco use“ sind nach Hoffman und Tan (ebd.) ebenfalls möglicherweise wirksam. Deshalb erhalten sie ebenfalls den Empfehlungsgrad 0+.
- Finanzielle Interventionen, die Therapien zur Tabakentwöhnung bezahlbarer machen und Anreize für Raucher, mit dem Rauchen aufzuhören, im Rahmen von „Offer help to quit tobacco use“ sind möglicherweise wirksam (engl. „may be effective“, ebd.: 4). Deshalb erhalten sie den Empfehlungsgrad 0+.
- Für Werbeverbote und –beschränkungen im Rahmen von „Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship“ ist die Evidenz bei Hoffman und Tan (2015: 6) eingeschränkt. Dennoch existieren Hinweise dafür, dass diese Form der Tabakkontrollintervention bedeutsam ist (ebd.). Deshalb wurde der Empfehlungsgrad 0+ ausgewählt.

Empfehlungsgrad 0-: Unklare Empfehlung, etwas nicht anzubieten (kann nicht angeboten werden):

Anreize für Fachkräfte der Gesundheitsversorgung, Tabakkontrollinterventionen anzubieten, im Rahmen von „Offer help to quit tobacco use“ sind wahrscheinlich nicht wirksam (ebd.: 4). Deshalb erhalten sie den Empfehlungsgrad 0-.

Weitere Interventionen kommen bei Hoffman und Tan (2015) nicht vor.

Die Ergebnistabelle

Das Produkt der im Methodik-Teil beschriebenen Recherche zur Evidenzlage zur Wirk-

¹³⁷ Plain Packaging ist eine Strategie, um die Attraktivität von Tabakprodukten zu senken; die Werbe- und Verkaufsförderungswirkung von Tabakproduktverpackungen zu mindern; Botschaften auf Tabakprodukten, die suggerieren, sie seien weniger schädlich als andere, einzudämmen und um die Wahrnehmbarkeit und Wirksamkeit von gesundheitlichen Warnhinweisen zu steigern. Bei Plain packaging dürfen Marken- und Produktnamen nur in standardisierter Farbe und Schriftart auf Tabakproduktverpackungen präsentiert werden. Logos, Farben, Markenbilder oder werbewirksame Informationen sind eingeschränkt oder verboten (vgl. WHO 2016).

samkeit von Tabakkontrollinterventionen ist die im Folgenden dargestellte Ergebnistabelle.

Sie präsentiert die Ergebnisse der vorläufigen Ergebnistabelle komprimiert und übersichtlich.

Tab. XIX: Die Ergebnistabelle (eigene Darstellung)

Interventionskategorie	Intervention und besondere Dimension der Intervention	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)						Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie (2015)						Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) Overview of Reviews							
		A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)		
INDIVIDUALINTERVENTIONEN																					
Therapeutische Interventionen	Gruppentherapie <i>Setting: Arbeitsplatz</i>																			Nicht untersucht	
	Verhaltenstherapie (psychosoziale Intervention) <i>Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzkrankung</i>																			Nicht untersucht	
	Verhaltensbasierte Intervention (intensiv) <i>Zielgruppe: Patienten vor einer Operation</i>																			Nicht untersucht	
	Verhaltensbasierte Intervention (kurz) <i>Zielgruppe: Patienten vor einer Operation</i>																			Nicht untersucht	
	Verhaltensbasierte Intervention mit oraler Untersuchung <i>Durchführer: Zahnärzte/zahnärztliches Personal, Outcome: auch rauchloser Tabak berücksichtigt</i>																				Nicht untersucht
	Verhaltensbasierte Behandlung <i>Zielgruppe: Nutzer von Wasserpfeifen/Wasserpfeifentabak</i>																				Nicht untersucht
	Verhaltensbasierte Intervention mit Kindern, Jugendlichen und Familienmitgliedern (präventiv)																				Nicht untersucht
	Stimmungsmanagement psychosozial <i>Zielgruppe: Raucher mit akuter oder vergangener Depression</i>																				Nicht untersucht
	Soziale Unterstützung <i>Zielgruppe: Schwangere</i>																				Nicht untersucht
	Interventionen bezüglich unterstützendem																				Nicht untersucht

Interventionskategorie	Intervention und besondere Dimension der Intervention	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)						Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie (2015)						Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) Overview of Reviews						
		A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	
	Verhalten durch Partner																			
	Motivations-Enhancement-Therapie <i>Zielgruppe: junge Menschen</i>																		Nicht untersucht	
	Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung <i>Zielgruppe: junge Menschen</i>																		Nicht untersucht	
Beratung	Beratung <i>Durchführer: Krankenschwestern</i>																		Nicht untersucht	
	Beratung <i>Durchführer: Ärzte</i>																		Nicht untersucht	
	Beratung <i>Zielgruppe: Schwangere</i>																		Nicht untersucht	
	Beratung (kurz, intensiv, telefonisch) <i>Outcome: Passivrauchexposition bei Kindern</i>																		Nicht untersucht	
	Beratung nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung							Nicht untersucht											Nicht untersucht	
	Unterstützung durch Beratung mit Aufzeichnungen <i>Durchführer: Apotheker/Apothekenmitarbeiter</i>																			Nicht untersucht
	Verschiedene Formen der Beratung und Anleitung <i>Outcome: Verminderung der Rauchmenge</i>																			Nicht untersucht
	Telefonische Beratung <i>Zielgruppe: Nutzer von rauchlosem Tabak</i>																			Nicht untersucht
	Telefonische Beratung <i>Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzkrankung</i>																			Nicht untersucht
	Motivierende Gesprächsführung																			Nicht untersucht

Interventionskategorie	Intervention und besondere Dimension der Intervention	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)					Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie (2015)					Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) Overview of Reviews							
			A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)
Bildung, Schulung und Training	Schulbasierte Interventionen, Hausbesuche (edukativ), Gruppensitzungen <i>Outcome: Passivrauchexposition bei Kindern</i>	MIC-proven																		Nicht untersucht
	Bildungsbasierte Intervention (Gemeindeansatz, präventiv) <i>Zielgruppe: Erwachsene</i>	MIC-proven																		Nicht untersucht
	Bildungsbasierte Intervention (Gemeindeansatz, präventiv) <i>Zielgruppe: junge Menschen</i>	MIC-proven																		Nicht untersucht
	Bildungsbasierte Intervention (präventiv) <i>Zielgruppe: indigene Jugendliche</i>																			Nicht untersucht
	Lehrplanbasierte Intervention (präventiv) <i>Setting: Schule</i>	MIC-proven																		Nicht untersucht
	Gesundheitliche Aufklärung <i>Zielgruppe: Schwangere</i>																			Nicht untersucht
	Informationen an Einzelhändler <i>Outcome: Tabakgebrauch bei Minderjährigen</i>								Nicht untersucht										Nicht untersucht	
Informationsmaterial und Selbsthilfe	Selbsthilfematerial <i>Setting: Arbeitsplatz</i>																			Nicht untersucht
	Selbsthilfematerial																			Nicht untersucht
	Selbsthilfe <i>Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzkrankung</i>																			Nicht untersucht
	Selbsthilfe nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung																			Nicht untersucht
Anreize	Verstärkungsorientierte Ansätze mit Geld <i>Zielgruppe: Personen, die an Schizophre-</i>							Nicht untersucht											Nicht untersucht	

Interventionskategorie	Intervention und besondere Dimension der Intervention	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)						Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie (2015)						Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) Overview of Reviews					
		A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)
	<i>nie erkrankt sind</i>																		
	Anreize (präventiv) <i>Zielgruppe: Kinder und Jugendliche</i>																		
	Quit-and-win Contests (Wettbewerbe)																		
Feedback über Biomarker	Feedback über Messungen der Passivrauchexposition bei Kindern																		
	Feedback über mütterliche Cotinin-Werte <i>Outcome: Passivrauchexposition bei Kindern</i>																		
	Genetische Tests zur Vermittlung der Anfälligkeit für durch Rauchen mit verursachte Krebsarten																		
	Feedback-Intervention <i>Zielgruppe: Schwangere</i>																		
Rückfallprävention	Rückfallpräventionsprogramm <i>Setting: Arbeitsplatz</i>																		
Pharmakologische Interventionen: Nikotinersatztherapie	Nikotinersatztherapie (NET)																		
	NET <i>Zielgruppe: Patienten während eines Krankenhausaufenthalts</i>																		
	NET <i>Outcome: Verminderung der Rauchmenge</i>																		
	NET (oral, „Rückfallprävention“) <i>Zielgruppe: Abstinenzler ohne Hilfe</i>																		
	NET (oral, „Rückfallprävention“) <i>Zielgruppe: Abstinenzler mit Hilfe</i>																		
	NET																		

¹³⁸ In begründeten Ausnahmefällen

Interventionskategorie	Intervention und besondere Dimension der Intervention	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)						Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie (2015)						Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) Overview of Reviews						
		A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	
	Zielgruppe: Schwangere																			
	NET Zielgruppe: Raucher mit akuter oder vergangener Depression																		Nicht untersucht	
	NET Zielgruppe: junge Menschen									139									Nicht untersucht	
	NET Zielgruppe: Nutzer von rauchlosem Tabak																		Nicht untersucht	
Pharmakologische Interventionen: Bupropion	Bupropion MIC-proven																		Nicht untersucht	
	Bupropion Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind																		Nicht untersucht	
	Bupropion Zielgruppe: Raucher mit vergangener Depression																		Nicht untersucht	
	Bupropion Zielgruppe: Raucher mit akuter Depression																		Nicht untersucht	
	Bupropion Zielgruppe: junge Menschen																		Nicht untersucht	
	Bupropion Outcome: Verminderung der Rauchmenge							Nicht untersucht											Nicht untersucht	
	Bupropion (in Verbindung mit intensiver Beratung) Zielgruppe: Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes																			Nicht untersucht
	Bupropion Outcome: Rückfallprävention																			Nicht untersucht
	Bupropion Zielgruppe: Nutzer von rauchlosem Tabak							Nicht untersucht												Nicht untersucht

¹³⁹ In begründeten Ausnahmefällen, nur Pflaster

Interventionskategorie	Intervention und besondere Dimension der Intervention	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)						Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie (2015)						Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) Overview of Reviews						
		A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	
Pharmakologische Interventionen: weitere Antidepressiva	Nortriptylin MIC-proven																			Nicht untersucht
	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer																			Nicht untersucht
	Monoaminoxidasehemmer																			Nicht untersucht
Pharmakologische Interventionen: Vareniclin	Vareniclin MIC-proven																			Nicht untersucht
	Vareniclin <i>Zielgruppe: Patienten vor einer Operation</i>																			Nicht untersucht
	Vareniclin <i>Outcome: Rückfallprävention</i>																			Nicht untersucht
	Vareniclin <i>Zielgruppe: Nutzer von rauchlosem Tabak</i>																			Nicht untersucht
	Vareniclin <i>Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind</i>																			Nicht untersucht
	Vareniclin (in Verbindung mit intensiver Beratung) <i>Zielgruppe: Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes</i>																			Nicht untersucht
Pharmakologische Interventionen: weitere partielle Nikotinrezeptoragonisten	Cytisin MIC-proven																			Nicht untersucht
	Dianiclin																			Nicht untersucht
	Lobelin																			Nicht untersucht
Pharmakologische Interventionen: Clonidin	Clonidin																			Nicht untersucht
Pharmakologische Interventionen: Mecamylamin	Mecamylamin																			Nicht untersucht
Pharmakologische Interventionen: alle anderen Medikamente	Buspiron																			Nicht untersucht
	Diazepam MIC-proven																			Nicht untersucht
	Meprobamat																			Nicht untersucht

Interventionskategorie	Intervention und besondere Dimension der Intervention	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)						Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie (2015)						Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) Overview of Reviews						
		A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	
	Metoprolol																			Nicht untersucht
	Oxprenolol																			Nicht untersucht
	Naltrexon	MIC-proven																		Nicht untersucht
	Rimonabant																			Nicht untersucht
	Nikotin-Impfung																			Nicht untersucht
	Silverazetat																			Nicht untersucht
	Medikamentöse Behandlung (allgemein) <i>Zielgruppe: Nutzer von Wasserpfeifen/Wasserpfeifentabak</i>		Keine Studien eingeschlossen						Nicht untersucht						Nicht untersucht					
Nicobrevin		Keine Studien eingeschlossen																		Nicht untersucht
Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs	Akupunktur																			Nicht untersucht
	Akupressur	MIC-proven																		Nicht untersucht
	Lasertherapie																			Nicht untersucht
	Elektrostimulation																			Nicht untersucht
	Hypnotherapie																			Nicht untersucht
KOLLEKTIVINTERVENTIONEN																				
Medien	Massenmediale Intervention <i>Zielgruppe: Erwachsene</i>	MIC-proven																		
	Massenmediale Intervention (präventiv) <i>Zielgruppe: junge Menschen</i>																			
Gesetze und Verbote	Rauchverbote (präventiv) <i>Setting: Schule</i>	MIC-proven																		
	Stärkung der Gesetzesumsetzung <i>Outcome: Tabakgebrauch bei Minderjährigen</i>																			
	Rauchverbote <i>Outcome: Passivrauchexposition berücksichtigt</i>																			

Interventionskategorie	Intervention und besondere Dimension der Intervention	Empfehlung nach der Cochrane Tobacco Addiction Group (2014 – 2016)						Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie (2015)						Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) Overview of Reviews														
		A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)	A (+)	B (+)	0 (+)	0 (-)	B (-)	A (-)									
Produktbezogene Interventionen	Elektronische Zigarette																			Nicht untersucht								
	Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (gesundheitliche Warnhinweise, „Plain packaging“)	Nicht untersucht						Nicht untersucht																				
Gesundheitssystembasierte Interventionen	Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter																				Nicht untersucht							
	Schulung von Fachkräften der Gesundheitsversorgung																					Nicht untersucht						
	Patientenbasierte finanzielle Interventionen (z. B. zuzahlungsfreie Rezepte)																											
	Anbieterbasierte finanzielle Interventionen (z. B. Zulagen bei erfolgreicher Behandlung)	Nicht untersucht						Nicht untersucht																				
Preisbezogene und steuerliche Interventionen	Steuern	Nicht untersucht						Nicht untersucht																				
Interventionen zur Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring	Werbeverbote	Nicht untersucht						Nicht untersucht																				

Dimensionen der Tabakkontrolle

In der folgenden Abbildung werden die Dimensionen, die in den Ergebnissen vorkommen, dargestellt:

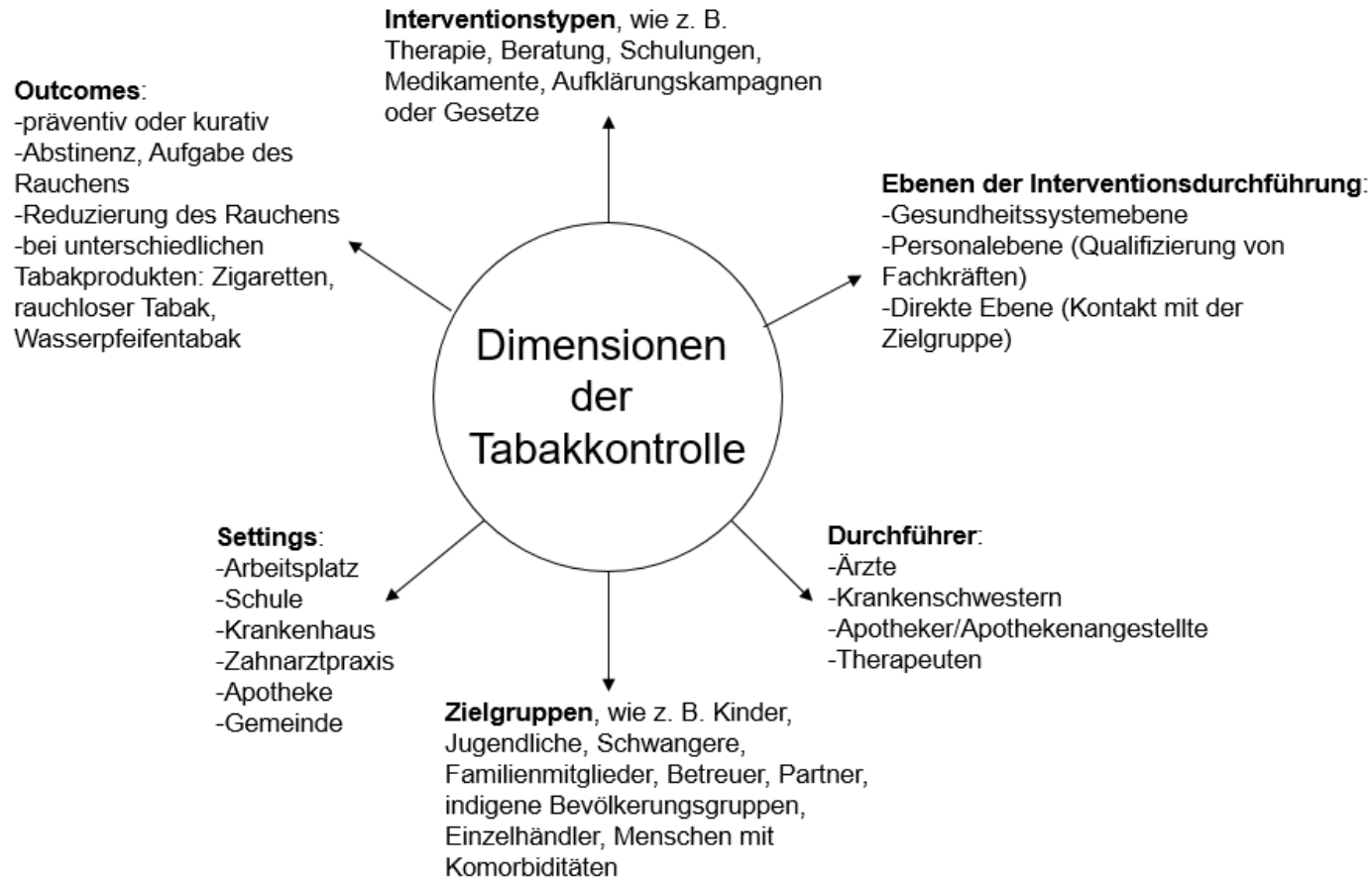


Abb. XVI: Dimensionen der Tabakkontrolle (eigene Darstellung)

Vulnerable Gruppen

Aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration geht hervor, dass einige Personengruppen in der Tabakkontrolle besonders berücksichtigt werden sollten. Das sind:

- Kinder und Jugendliche, da der Beginn des Rauchens oftmals in die Adoleszenz fällt. Wenn eine Rauchaufnahme in diesem Alter verhindert werden kann, vermindert sich die Chance, dass dies im weiteren Lebenslauf erfolgt (SR-Nr. 33/Johnston et al. 2012: 1).
- Schwangere, die eine besondere Verantwortung für ihr Kind tragen, und weil mit dem Rauchen in der Schwangerschaft erhebliche Komplikationen, wie Plazentaablösung, Fehlgeburt oder ein niedriges Geburtsgewicht einhergehen können (SR-Nr. 20/Chamberlain et al. 2013: 3).
- Indigene Bevölkerungsgruppen¹⁴⁰, da diese eine überproportionale Last an substanzbezogener Morbidität und Mortalität zu tragen haben, wozu u. a. der Tabakgebrauch beiträgt (Systematic-Review-Nr. 18/Carson et al. 2012: 5).
- Menschen mit Komorbiditäten:
 - Physische Komorbiditäten, da der Tabakgebrauch körperliche Erkrankungen, wie z. B. Gefäßerkrankungen, Atemwegserkrankungen und viele Krebsarten mit verursacht (SR-Nr. 44/Rigotti et al.: 2). Zudem sind die Risiken für eine Restenose und das Sterberisiko nach einem ischämischen Ereignis für Raucher wesentlich höher als für Nichtraucher (SR-Nr. 3/Barth et al. 2008: 2)¹⁴¹.
 - Psychische Komorbiditäten, da für beide berichtete psychische Krankheiten (Depression und Schizophrenie) beschrieben wird, dass das Rauchen in diesen Patientengruppen überproportional vertreten ist (Systematic-Review-Nr. 63 und 61/van der Meer et al. 2013: 4; Tsoi et al. 2013: 4).

Beschreibung von quantitativen Aspekten der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Anzahl der eingeschlossenen Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und Primärstudien dargestellt sowie Anmerkungen zum Umfang der Systematic Reviews gemacht. Zudem wird die quantitative Verteilung der Interventionsergebnisse auf die gesuchten Interventionen in Form von Artikeln der FCTC beschrieben.

¹⁴⁰ „[...] the term 'Indigenous' has been chosen to encompass participants within this review as it reflects 'the experiences shared by a group of people who have inhabited a country for thousands of years, which often contrast with those of other groups residing in the same country for a few hundred years' (Cunningham 2003).“ [Carson et al. 2012: 5].

¹⁴¹ Vgl. Hintergrund/Tabak und Gesundheit (6 ff.)

Quantitative Aspekte der Datenextraktionstabelle

Der Datenpool aus der Extraktionstabelle (Anhang) umfasst 65 Übersichtsarbeiten und 1858 Primärstudien. Die Größe der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten geht von keiner eingeschlossenen Studie (z. B. Systematic-Review-Nr. 39: Interventions for water-pipe smoking cessation), über geringfügige Zahlen von zwei bis 20 über 50 bis zu 153 eingeschlossenen Studien.

Die sechs größten Übersichtsarbeiten, gemessen an der Studienanzahl (74 Studien bis 153 Studien) betreffen die folgenden Themen:

- Psychosoziale Interventionen für schwangere Frauen (Nr. 20: Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy),
- Schriftliche Selbsthilfematerialien (Nr. 30: Print-based self-help interventions for smoking cessation),
- Antidepressiva (Nr. 31: Antidepressants for smoking cessation),
- Telefonische Beratung (Nr. 49: Telephone counselling for smoking cessation),
- Nikotinersatztherapie (Nr. 57: Nicotine replacement therapy for smoking cessation) und
- Schulbasierte Programme (Nr. 59: School-based programmes for preventing smoking).

Quantitative Aspekte der Ergebnistabelle

Durch die beschriebene Eingrenzung der Ergebnisse aus der Extraktionstabelle¹⁴² (Anhang III) und die Ergänzung einiger Interventionen durch die Integration des Overviews (vgl. Hoffman und Tan 2015) kommen in der Ergebnistabelle 102 Interventionen vor. Davon fallen 89 in die Oberkategorie der „Individualinterventionen“:

- Therapeutische Interventionen: 12
- Beratung: 10
- Bildung, Schulung und Training: 7
- Informationsmaterial und Selbsthilfe: 4
- Anreize: 3
- Feedback über Biomarker: 4
- Rückfallprävention: 1
- NET: 9
- Bupropion: 9
- Weitere Antidepressiva: 3

¹⁴² Vgl. Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien (130); Extraktionstabelle: Anhang III

- Vareniclin: 6
- Weitere partielle Nikotinrezeptoragonisten: 3
- Clonidin: 1
- Mecamylamin: 1
- Alle anderen Medikamente: 11
- Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs: 5.

13 Interventionen fallen in die Oberkategorie der „Kollektivinterventionen“:

- Medien: 2
- Gesetze und Verbote: 3
- Produktbezogene Interventionen: 2
- Gesundheitssystembasierte Interventionen: 4
- Preisbezogene und steuerliche Interventionen: 1
- Interventionen zur Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring: 1.

Die „Kollektivinterventionen“ sind somit, gemessen an der Anzahl der Kategorien (und an der Anzahl der Einzelergebnisse) weniger stark vertreten, als die „Individualinterventionen“. Auch die Berechnung der Anzahl der Primärstudien aus der vorläufigen Ergebnistabelle (Anhang IV)¹⁴³ zeigt, dass die Individualinterventionen mit 813 Studien gegenüber den Kollektivinterventionen mit 96 Studien überwiegen.

Die Betrachtung der Teilnehmerzahlen zeigt hingegen, dass hier die „Kollektivinterventionen“ stärker sind. Hier sind insgesamt 24.147.472 Studienteilnehmer eingeschlossen. Im Gegensatz dazu sind bei den „Individualinterventionen“ insgesamt nur 13.427.832 Studienteilnehmer eingeschlossen.

Verteilung der Interventionsergebnisse auf die eingeschlossenen Artikel der FCTC

Bei der Darstellung der Zuteilung der beforschten Interventionen zu den eingeschlossenen Artikeln der FCTC (Tab. XVI) wird deutlich, dass der Artikel 14 („Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums“) mit 81 zugeteilten Interventionsergebnissen überwiegt. Darauf folgen die Artikel 12 („Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit“) mit 15 zugeteilten Interventionsergebnissen und 8 („Schutz vor Passivrauchen“) mit drei zugeteilten Interventionsergebnissen. Die weiteren abgedeckten Artikel der FCTC erhalten jeweils nur ein Interventionsergebnis.

¹⁴³ Die Berechnung erfolgte ausschließlich bei den eingeschlossenen Systematic Reviews der Cochrane Collaboration, nicht für die AWMF-Leitlinie und den Overview.

Studien aus LMIC in den Ergebnissen

Im Folgenden wird beschrieben, wie viele LMIC-Studien identifiziert wurden und welche Merkmale diese aufweisen.

Studien aus LMIC in den systematischen Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration

Es wurden keine Studien aus LIC identifiziert¹⁴⁴. Deshalb wird im Folgenden der Begriff „MIC-Studien“ verwendet.

In 24 Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 1, 4, 7, 10, 11, 16, 20, 23, 24, 31, 32, 40, 43, 44, 45, 47, 51, 52, 55, 57, 58, 59, 61 und 64) wurden MIC-Studien eingeschlossen. Dabei waren folgende Länder repräsentiert:

- Lower-middle-income
 - Indien
 - Kirgisische Republik
 - Pakistan
- Upper-middle-income
 - Brasilien
 - China
 - Iran
 - Jamaica
 - Malaysia
 - Mexiko
 - Rumänien
 - Russische Föderation
 - Südafrika
 - Thailand
 - Türkei
 - Venezuela (Länderklassifizierung: The World Bank Group 2019a).

Von 1858 eingeschlossenen Primärstudien in den Systematic Reviews der Datenextraktionstabelle¹⁴⁵ sind 52 MIC-Studien.

Das bedeutet, dass 2,8% der Primärstudien aus der Datenextraktionstabelle in MIC durchgeführt wurden.

Geografische Verteilung der Studien

Die meisten MIC-Studien stammen aus China (13 Studien), gefolgt von Brasilien (acht

¹⁴⁴ Vgl. MIC-getestet (engl. proven): Ergebnisse mit Studien aus MIC in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (144)

¹⁴⁵ Vgl. Quantitative Aspekte der Datenextraktionstabelle (179)

Studien), Indien (sechs Studien) und Südafrika und der Türkei (jeweils fünf Studien). Der Iran und die Russische Föderation sind jeweils mit zwei Studien vertreten. Aus der Kirgisischen Republik, Pakistan, Jamaica, Malaysia, Mexiko, Rumänien, Thailand und Venezuela stammt jeweils eine Studie. Weiterhin sind drei Multicenter-Studien mit dem Schwerpunkt auf MIC aus unterschiedlichen Regionen eingeschlossen.

Die Seychellen sind mittlerweile in der Klassifikation der Weltbank zum Status eines HIC aufgerückt und können deshalb aus der weiteren Analyse der Studien aus MIC-Ländern ausgeschlossen werden (Department of Foreign Affairs/The Republic of Seychelles 2015).

Nach den Regionen der Weltbank (The World Bank Group 2019a) wurden die meisten Studien in Ostasien und Pazifik (East Asia and Pacific) durchgeführt. Dazu gehören China, Malaysia und Thailand (15 Studien). Darauf folgen Lateinamerika und die Karibik (Latin America and the Caribbean) mit Brasilien, Jamaica, Mexiko und Venezuela (elf Studien). Dann kommen Europa und Zentralasien (Europe and Central Asia) mit der Kirgisischen Republik, Rumänien, der Russischen Föderation und der Türkei (neun Studien) und Südasien (South Asia) mit Indien und Pakistan (sieben Studien). Die Region Afrika südlich der Sahara (Sub-Saharan Africa) ist durch fünf Studien aus Südafrika repräsentiert und zuletzt kommt die Region Mittlerer Osten und Nordafrika (Middle East and North Africa) mit zwei Studien aus dem Iran.

Vergleich zwischen Gesamt- und Einzelergebnis

Der Vergleich des Gesamtergebnisses aus den deskriptiven und/oder statistischen Trends und den Aussagen der Autoren in der Schlussfolgerung des Abstracts zu der jeweiligen Intervention in dem jeweiligen Systematic Review der Cochrane Collaboration mit dem jeweiligen Einzelergebnis der Studien aus der Region der MIC (s. Anhang) ergibt, dass sich die Gesamttrends bei der Hälfte der Systematic Reviews mit den Trends aus den MIC-Studien entsprechen:

Tab. XX: Entsprechungen und Abweichungen des Gesamtergebnisses der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und den jeweils darin enthaltenen Einzelergebnissen der MIC-Studien

Entsprechung von Gesamt- und Einzelrend	Annähernde Entsprechung von Gesamt- und Einzelrend¹⁴⁶	Abweichung von Gesamt- und Einzelrend	Vergleich nicht sinnvoll¹⁴⁷
Bei zwölf Systematic Reviews	Bei sieben Systematic Reviews	Bei drei Systematic Reviews	Bei zwei Systematic Reviews

Eine Prüfung der Review-Volltexte nach den Stichwörtern „Low and middle income countries“, „Country“ und „Culture“ ergibt, dass in der überwiegenden Anzahl der Systematic Reviews mit MIC-Studien (18 von 24) keine Anmerkungen zu diesen Themen gemacht werden. Bei den meisten Systematic Reviews werden die Länder der Studierendurchführung im Volltext nicht beschrieben und sind erst aus der Prüfung der Beschreibung der Eigenschaften der eingeschlossenen Studien (engl. Characteristics of included studies) ersichtlich.

In fünf Systematic Reviews mit MIC-Studien werden Anmerkungen zur Ländergruppe der LMIC gemacht und/oder Besonderheiten von Studien aus diesen Regionen beschrieben:

- SR-Nr. 1: Hier wird auf die Ethnizität der Studienpopulation der MIC-Studie aus Südafrika eingegangen, die als „> 95% White (Afrikaner)“ (Bala et al. 2013: 28) beschrieben wird. In der Schlussfolgerung der Autoren im Abstract wird angemerkt, dass kein durchgängiger Zusammenhang zwischen der Effektivität der Maßnahmen und verschiedenen Faktoren, wie Alter, Geschlecht und Bildung, darunter auch Ethnizität beobachtet wurde (ebd.: 2).
- SR-Nr. 4: Hier wird auf S. 8 (Baxi et al. 2014) beschrieben, dass sieben Studien aus „Low or middle income countries“ stammen. Von den dazugehörigen vier Studien aus China sind allerdings drei aus Hongkong¹⁴⁸, das aktuell den HIC zugeordnet wird (The World Bank Group 2019b). Im weiteren Verlauf des Reviews kommt der Begriff „Low or middle income countries“ nicht wieder vor.
- SR-Nr. 10: Hier wird im Abstract bei den Main results und den Author’s conclusions auf „Developing countries“ (Cahill und Perera 2008: 2) eingegangen und die Vermutung aufgestellt, dass die Intervention (Quit-and-Win Contests) in diesen Regionen besonders wirksam sein könnte. In der Diskussion wird die Thematik

¹⁴⁶ Erklärung: Trends aus dem Einzelergebnis stimmen vom Effektschätzer her mit dem Gesamtergebnis überein, aber weichen in der Signifikanz voneinander ab oder Trends der verschiedenen MIC-Studien sind unterschiedlich und entsprechen nur teilweise dem Gesamttrend [d. Verf.].

¹⁴⁷ Gründe: Outcomes nicht vergleichbar und Studienqualität der MIC-Studie gering [d. Verf.].

¹⁴⁸ Sonderverwaltungsregion der Volksrepublik China: <https://www.auswaertigesamt.de/de/aussenpolitik/laender/hongkong-node/hongkong/200852> (13.06.2019).

aufgegriffen und beschrieben (ebd.: 10), dass aufgrund der Heterogenität der Durchführungsländer der Studien eine allgemeine Schlussfolgerung zur Wirksamkeit der Intervention erschwert wird. Es wird über Gründe spekuliert, warum die Aufgabebereiter in „Developing countries“ (dt. Entwicklungsländern) laut anderer Quellen höher, als in anderen Regionen sind. Dazu wird u. a. eine weniger starke Abhängigkeit (chinesische Raucher) und das Fehlen von anderen Einrichtungen zur Förderung der Aufgabe des Rauchens und ein niedriger ökonomischer Status (Iran) genannt. Weiterhin wird beschrieben, dass Quit-and-Win Contests eine besonders kostengünstige Maßnahme sind sowie, dass sie zur Aufmerksamkeitssteigerung für das Thema der Tabakkontrolle beitragen. Dabei wird die Maßnahme oft mit weiteren Tabakkontrollinterventionen verbunden, wie z. B. mit dem World No Tobacco Day (Kenia) oder sie beeinflusst die Anti-Tabak-Gesetzgebung (z. B. Nigeria, Brasilien). Die Autoren beschreiben, dass Quit-and-Win-Contests oftmals neben aggressiven Marketingstrategien der Tabakindustrie in diesen Ländern durchgeführt werden und dass diese bereits Kampagnen gegen Quit-and-Win-Contests in Kenia (British American Tobacco, BAT) und Rumänien¹⁴⁹ (BAT und Philip Morris) durchgeführt habe.

- SR-Nr. 16: Hier wird in der Diskussion (Carson et al. 2011: 18) darauf hingewiesen, dass aus der eingeschlossenen MIC-Studie aus Indien ein zunehmender Trend des Bidj¹⁵⁰-Gebrauchs hervorgeht. Weiterhin wird auf S. 9 (ebd.) dargelegt, dass in der MIC-Studie aus Indien extra eine Gemeinde in einer wirtschaftlich benachteiligten Region („economic deprivation“) ausgewählt wurde. Das Wort „economic deprivation“ kommt im weiteren Text nicht mehr vor. Es wurde keine Textstelle identifiziert, in der beschrieben wird, was dieses Kriterium für die Studienergebnisse bedeutet.
- SR-Nr. 58: Hier werden im Abstract die Länder der Studiendurchführung genannt (Thomas et al. 2015: 2). Auf S. 6 (ebd.) wird der Begriff „culture“ unter dem Hinweis darauf gebraucht, dass der Tabakgebrauch von 13 bis 15-Jährigen von der Kultur eines Landes abhängt. Bei den Outcomes der MIC-Studie aus Indien unter der Beschreibung der Eigenschaften der eingeschlossenen Studien (engl. Characteristics of included studies) ist der Gebrauch von Bidis, neben Zigaretten enthalten (ebd.: 59).

¹⁴⁹ Studien aus China, Iran, Kenia, Nigeria, Brasilien und Rumänien wurden in Review-Nr. 10 nicht eingeschlossen. Sie werden in der Diskussion lediglich zitiert [d. Verf.].

¹⁵⁰ Handgerollte Zigaretten aus Indien:

https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/bidis_kreteks/index.htm (13.06.2019).

- SR-Nr. 59: Hier wird im Hintergrundteil beschrieben: „Children and adolescents in all cultures smoke, with increasing rates in many developing countries.“ (Thomas et al. 2013: 3). Darauf folgend wird weiter unten der Satz aus SR-Nr. 58 zur Abhängigkeit des Tabakgebrauchs von 13 bis 15-Jährigen von der Kultur eines Landes genannt (ebd.). Bei der Beschreibung der Eigenschaften der eingeschlossenen MIC-Studie aus China wird aufgeführt, dass das in der Interventionsgruppe durchgeführte Projekt zur Anpassung an die chinesische Kultur modifiziert wurde (ebd.: 89). Bei der eingeschlossenen MIC-Studie aus Südafrika wird bei der Beschreibung der Studienteilnehmer in „Black“, „Coloured“ und „White“ mit Angaben zur prozentualen Verteilung unterschieden (ebd.: 223). In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass einige Weltregionen im Review unterrepräsentiert sind (ebd.: 16) und bei den Empfehlungen für weitere Forschung wird verlangt, dass zu Faktoren, die auf Anforderungen von verschiedenen ethnischen Gruppen zugeschnitten werden können, mehr geforscht werden sollte (ebd.: 17).

Außer den aufgeführten Besonderheiten sind keine wesentlichen Unterschiede in den Beschreibungen der Studien zwischen Studien aus HIC und MIC festgestellt worden. Kontextfaktoren, die sich auf Länder- und/oder auf regionale Unterschiede beziehen und die man bei der Implementierung von Tabakkontrollinterventionen in unterschiedlichen Weltregionen möglicherweise berücksichtigen sollte, werden somit in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration wenig bis gar nicht beschrieben.

In zwei Systematic Reviews wurde der Hinweis gefunden, dass jeweils eine MIC-Studie eine geringe Qualität aufwies. Dieses Kriterium, also ob MIC-Studien möglicherweise tendenziell mit einer niedrigen Studienqualität einhergehen, wurde jedoch nicht weiter systematisch untersucht.

Studien aus MIC nach Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien

Nach der beschriebenen Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienergebnisse verringert sich die Anzahl von Studien aus MIC in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration von 52¹⁵¹ auf 31. Daraus ergibt sich ein Anteil von 3,41% an den insgesamt 909 eingeschlossenen Studien der vorläufigen Ergebnistabelle (Individualinterventionen: 813 Studien, Kollektivinterventionen: 96 Studien¹⁵²).

In der Ergebnistabelle sind somit folgende MIC vertreten:

- Lower-middle-income:

¹⁵¹ Vgl. Studien aus LMIC in den systematischen Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration (181 ff.)

¹⁵² Vgl. Quantitative Aspekte der Ergebnistabelle (179)

- Indien (drei Studien)
- Kirgisische Republik (eine Studie)
- Upper-middle-income
 - China (sieben Studien)
 - Brasilien (fünf Studien)
 - Südafrika (vier Studien)
 - Türkei (drei Studien)
 - Russische Föderation (zwei Studien)
 - Thailand (zwei Studien)
 - Venezuela (eine Studie)
 - Kirgisische Republik (eine Studie) [Länderklassifizierung: The World Bank Group, 2019a]
- Multicenter
 - Multicenter MIC (zwei Studien)
 - Multicenter Lateinamerika (eine Studie).

Fehlende Angaben bezüglich des Ortes der Studiendurchführung

In drei Systematic Reviews (Nr. 26, 27, 37) werden alle eingeschlossenen Studien im Hinblick auf den Ort der Durchführung nicht beschrieben bzw. ist dieser nach dem dargestellten Suchverhalten¹⁵³ nicht identifizierbar. In sechs der Systematic Reviews (Nr. 21, 31, 41, 48, 57, 63) sind einige der Studien im Hinblick auf das Land der Durchführung nicht identifizierbar. In drei Systematic Reviews wurde ermittelt, dass keine Studien eingeschlossen wurden (Nr. 39, 50, 54).

Studien aus LMIC in der AWMF-Leitlinie

Wie in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration, wurden auch in der AWMF-Leitlinie (2015) keine Studien aus LIC identifiziert. Die meisten identifizierten Studien aus MIC (25 von 31) stammen aus Systematic Reviews der Cochrane Collaboration. Diese sind im Forschungsprozess in der Untersuchung der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration ebenfalls eingeschlossen worden. Vier davon sind nach der Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen worden¹⁵⁴.

¹⁵³ Vgl. Datenextraktion (125)

¹⁵⁴ Vgl. Prüfung der Leitlinie auf eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (160)

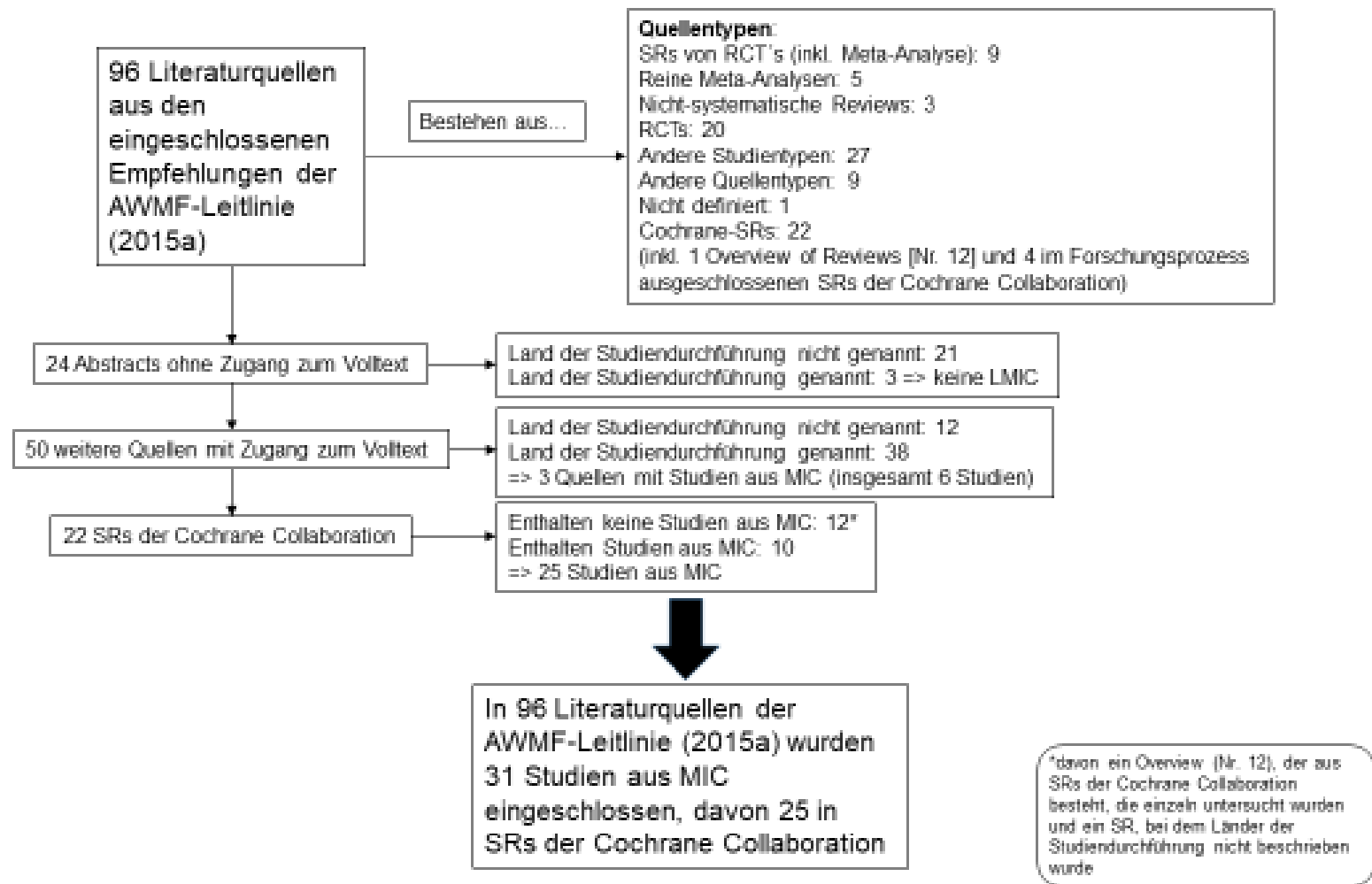


Abb. XVII: Algorithmus der Prüfung der eingeschlossenen Quellen aus der AWMF-Leitlinie auf Studien aus LMIC (eigene Darstellung)

Studien aus LMIC im Overview of Reviews

Auch im Overview (vgl. Hoffman und Tan 2015) wurden keine Studien aus LIC identifiziert. In den relevanten Literaturverweisen¹⁵⁵ wurden 22 Studien aus MIC identifiziert, davon 4 aus Systematic Reviews der Cochrane Collaboration. Einer der im Overview eingeschlossenen Systematic Reviews der Cochrane Collaboration wurde im Forschungsprozess ausgeschlossen.

¹⁵⁵ Vgl. Prüfung des des Overviews auf eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (165)

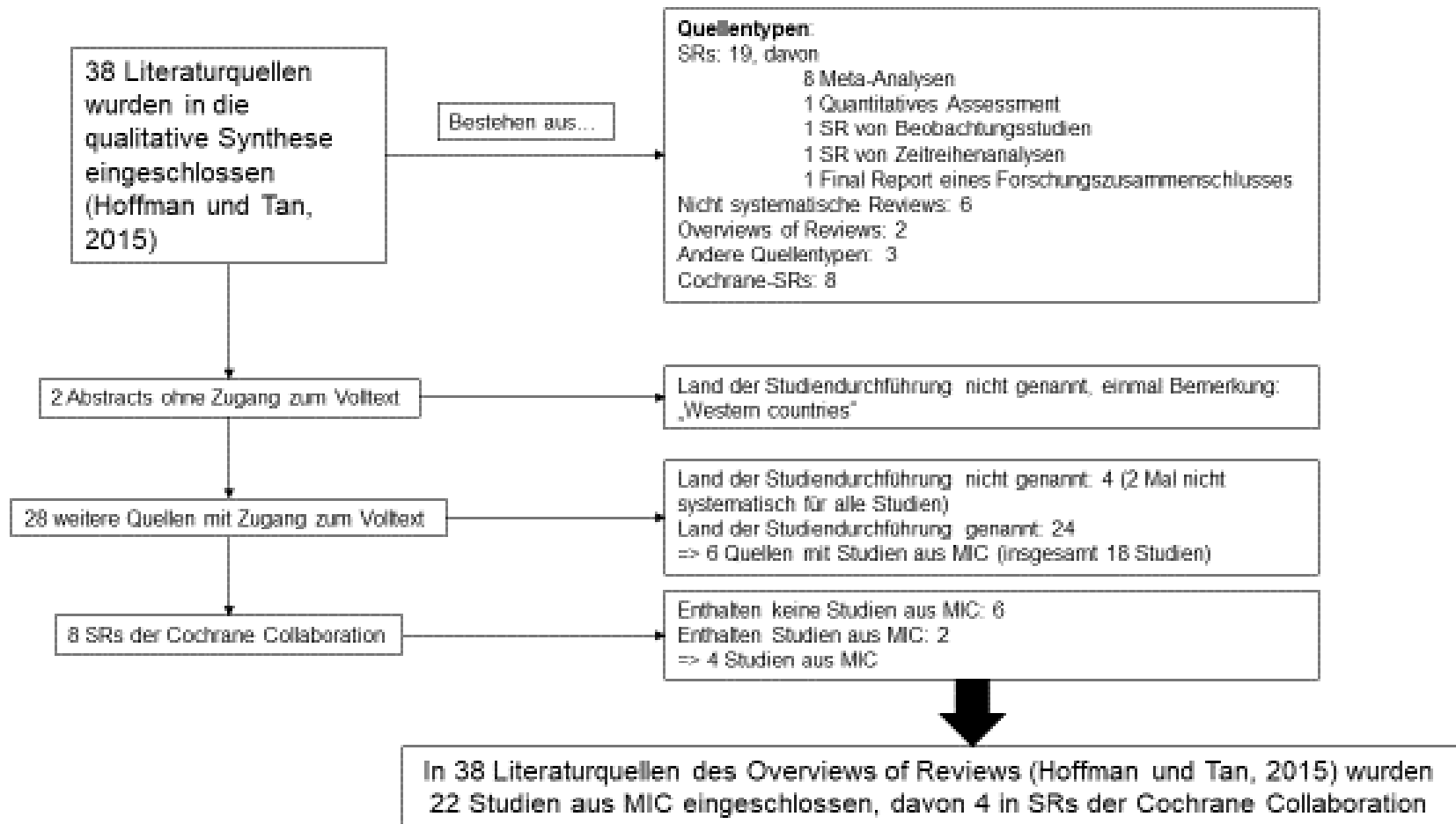


Abb. XVIII: Algorithmus der Prüfung der eingeschlossenen Quellen aus dem Overview of Reviews auf Studien aus LMIC (eigene Darstellung)

Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus der Ergebnistabelle geht hervor, dass es Interventionen in den Bereichen Therapeutische Interventionen, Beratung; Bildung, Schulung und Training und Informationsmaterial und Selbsthilfe gibt, die in der Tabakprävention bzw. –entwöhnung sehr gut oder gut wirksam sind und somit weitgehend empfohlen werden können. Ob Anreize oder Feedback über Biomarker wirksam sind, scheint dagegen nicht sicher erwiesen zu sein. Diese Interventionsformen werden eher ansatzweise als wirksam eingestuft.

Pharmakologische Interventionen (Medikamente) zur Tabakentwöhnung zeigen z. T. gute Effekte, sind aber wegen gravierender Nebenwirkungen u. a. umstritten. Von vielen Medikamenten, die (u. a.) zur Tabakentwöhnung vorgesehen sind oder waren, wird deutlich abgeraten.

Alternative Therapien, wie Akupunktur, Akupressur oder Lasertherapie werden aus der hier eruierten Evidenzlage eher nicht als wirksam in der Tabakentwöhnung eingestuft. Nur Hypnotherapie hat möglicherweise Potenzial.

„Kollektivinterventionen“ (Mediale Interventionen, Gesetze, Verbote u. a.), d. h. bevölkerungsweite Interventionen zur Tabakprävention und –entwöhnung werden, mit Ausnahme der Elektronischen Zigarette und Anbieterbasierten Anreizen, positiv bewertet. Hier sind besonders Rauchverbote und Tabaksteuern hervorzuheben.

Im Folgenden werden die Ergebnisse nach den Unterkategorien der Ergebnistabelle beschrieben.

Therapeutische Interventionen

In dieser Unterkategorie genügen zwölf Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien¹⁵⁶. Zu allen Ergebnissen wurden Entsprechungen in der AWMF-Leitlinie gefunden. Dagegen werden Therapeutische Interventionen, aufgrund des Ausschlusses von klinischen Interventionen im Overview nicht untersucht.

Die hier zusammengefassten Interventionen sind überwiegend kurativ ausgerichtet. Lediglich „Verhaltensbasierte Interventionen mit Kindern, Jugendlichen und Familienmitgliedern“ dienen dem Zweck der Prävention des Tabakgebrauchs¹⁵⁷.

Je nach den Begriffen aus den jeweiligen Systematic Reviews werden in dieser Unterkategorie einerseits konkret benannte therapeutische Methoden eingeschlossen und ande-

¹⁵⁶ Vgl. Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien (130)

¹⁵⁷ Diese Angabe bezieht sich hier und im Weiteren auf die Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration [d. Verf.]

rerseits Sammelbegriffe, denen verschiedene Methoden zugeordnet werden können¹⁵⁸. Bei den konkret benannten Methoden ist es relativ gut nachvollziehbar, was in der Interventionsdurchführung im Einzelnen genau gemacht wurde. Bei den Sammelbegriffen kommen dagegen unterschiedliche Methoden für jeweils einen der Begriffe in Frage. Somit liegt es hier im Rahmen einer „Black Box“, welche Methoden genau angewendet wurden.

Die konkret benannten Methoden sind:

- Gruppentherapie
- Verhaltenstherapie
- Motivations-Enhancement-Therapie
- Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung.

Die Sammelbegriffe sind:

- Verhaltensbasierte Intervention/verhaltensbasierte Behandlung
- Stimmungsmanagement psychosozial
- Soziale Unterstützung

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen, sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Kinder
 - Jugendliche/junge Menschen
 - Schwangere
 - Menschen mit Komorbiditäten
 - Patienten mit koronarer Herzerkrankung
 - Patienten vor einer Operation
 - Raucher mit akuter oder vergangener Depression
- Besondere Durchführer: Zahnärzte/zahnärztliches Personal
- Besondere Settings: Arbeitsplatz
- Besondere Outcomes: rauchloser Tabakgebrauch, Wasserpfeifentabakgebrauch.

Die höchsten Empfehlungsgrade erreichen in der Unterkategorie der Therapeutischen Interventionen Gruppentherapie (am Arbeitsplatz), Verhaltenstherapie („Psychosoziale Intervention“) bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung und „Psychosoziales Stimmungsmanagement“ bei Rauchern mit akuter oder vergangener Depression. Bei beiden

¹⁵⁸ Je nach Systematic Review findet man dazu mehr oder weniger genaue Beschreibungen, die in der Datenextraktionstabelle (Anhang III) wiedergegeben werden [d. Verf.].

Quellen – Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und AWMF-Leitlinie – ist der Empfehlungsgrad jeweils A+. Deshalb kann man hier eine sehr gute Wirksamkeit der genannten Interventionen vermuten.

Bei der AWMF ist die Empfehlung für Gruppentherapie, im Gegensatz zu den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration, nicht auf das Setting „Arbeitsplatz“ beschränkt. Die Empfehlung zur Verhaltenstherapie ist bei der AWMF mit der Zielgruppe von Menschen mit „Tabakassoziierten Erkrankungen“ breiter gehalten, als in dem diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 3). Zudem wird hier bei der AWMF die „Psychosoziale Unterstützung“ nicht auf Verhaltenstherapie eingegrenzt¹⁵⁹. Der Begriff „Stimmungsmanagement“ wird dagegen sowohl in dem diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 63) als auch in der Empfehlung der AWMF-LL benutzt. Bei der AWMF wird hier eine „[...] Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z.B. Stimmungsmanagement) [...]“ (AWMF 2015: 209) beschrieben.

Bis auf kurze, verhaltensbasierte Interventionen bei Patienten vor einer Operation, Interventionen bezüglich unterstützendem Verhalten durch Partner und verhaltensbasierte Behandlungen bei Nutzern von Wasserpfeifen/Wasserpfeifentabak entsprechen sich die Empfehlungsgrade der beiden Quellen im Grad B+ oder liegt eine B+-Bewertung bei den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und eine A+-Bewertung bei der AWMF-Leitlinie für die weiteren Interventionen dieser Unterkategorie vor. Das deutet auf eine gute bis sehr gute Wirksamkeit der Interventionen (Intensive verhaltensbasierte Behandlung bei Patienten vor einer Operation, Verhaltensbasierte Intervention mit oraler Untersuchung, Verhaltensbasierte Intervention mit Kindern, Jugendlichen und Familienmitgliedern; Soziale Unterstützung für Schwangere; Motivations-Enhancement-Therapie bei jungen Menschen; Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung bei jungen Menschen) hin.

Bei der Kurzen verhaltensbasierten Intervention bei Patienten vor einer Operation und bei Interventionen bezüglich unterstützendem Verhalten durch Partner liegt jeweils eine 0+-Bewertung bei den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und einmal eine B+- und einmal eine A+-Bewertung bei der AWMF vor. Bei der Gegenüberstellung der intensiven und kurzen verhaltensbasierten Intervention bei Patienten vor einer Operation bei der Bewertung im diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 60) fällt auf, dass die kurze Intervention eine schwächere Empfehlung als die inten-

¹⁵⁹ In Review-Nr. 3 werden verhaltenstherapeutische Ansätze als Teilbereich von psychosozialen Interventionen beschrieben [d. Verf.].

sive erhält. Bei der AWMF erhalten dagegen beide Interventionen den gleichen Empfehlungsgrad (B+). Hier wird auf eine allgemeine Empfehlung für Patienten vor einer Operation der AWMF zurückgegriffen, die keine Unterscheidung nach der Intensität der Intervention macht. Da Interventionen für Partner in der AWMF-Leitlinie nicht untersucht werden, werden hier der Intervention aus dem diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 41) verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen¹⁶⁰ aus der AWMF-Leitlinie gegenübergestellt, die im Gegensatz zu der Intervention für Partner eine höhere Wirksamkeit zugeschrieben bekommen.

Zu Interventionen zur Tabakentwöhnung im Bereich des Wasserpfeifentabaks fanden die Autoren in einem Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 39) keine belastbaren Studien. In der AWMF-Leitlinie kommt diese Interventionsform in den hier durchsuchten Bereichen nicht vor.

Beratung

Hier genügen zehn Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Zu neun wurden Entsprechungen in der AWMF-Leitlinie gefunden, dagegen keine im Overview (Begründung wie zuvor).

In dieser Unterkategorie sind alle Interventionen kurativ ausgerichtet.

Wie bei den Therapeutischen Interventionen wurden hier verschiedene Begriffe für Beratung eingeschlossen, die diesen Interventionstyp unterschiedlich genau spezifizieren und damit mehr oder weniger Einblick in das genaue Geschehen der Interventionsdurchführung geben.

Es wird unterschieden zwischen:

- Beratung als Begriff ohne nähere Eingrenzungen (wird hier lediglich durch Durchführer und Zielgruppe voneinander abgegrenzt)
 - Beratung durch Krankenschwestern
 - Beratung durch Ärzte
 - Beratung bei Schwangeren
- Eingrenzung nach der Form der Beratung
 - Kurz, intensiv, telefonisch
 - Beratung mit Aufzeichnungen („Unterstützung“)
 - Beratung und Anleitung („verschiedene Formen“)
 - Telefonische Beratung (bei Nutzern von rauchlosem Tabak und Patienten mit koronarer Herzerkrankung)

¹⁶⁰ Da es denkbar ist, dass diese Partner einschließen können [d. Verf.].

- Eingrenzung nach der Beratungsmethode
 - Beratung nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung
 - Motivierende Gesprächsführung

Die Dimensionen, die in der Unterkategorie der Beratung vorkommen, sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Schwangere
 - Kinder
 - Patienten mit koronarer Herzerkrankung
 - Nutzer von rauchlosem Tabak
- Besondere Durchführer
 - Apotheker/Apothekenmitarbeiter
 - Krankenschwestern
 - Ärzte
- Besondere Outcomes
 - Verminderte Rauchmenge (vs. Abstinenz)
 - Passivrauchexposition bei Kindern (s. besondere Zielgruppe: Kinder)
 - Rauchloser Tabak (s. besondere Zielgruppe: Nutzer von rauchlosem Tabak)

Die höchsten Empfehlungsgrade erreichen in dieser Unterkategorie Beratung durch Krankenschwestern, Beratung durch Ärzte und telefonische Beratung bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK). Hier ist der Empfehlungsgrad aus beiden Quellen jeweils A+.

Der (kurzen und intensiven) Beratung durch Krankenschwestern und durch Ärzte aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 43 und 48) wird hier eine allgemeine Empfehlung zur Kurzberatung für Raucher „in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung“ aus der AWMF-Leitlinie gegenübergestellt. Zum Unterschied zwischen kurzer und intensiver Beratung wird beschrieben, dass die intensive der kurzen Form zwar überlegen sei, dass aber die kurze Beratung aufgrund des geringeren Aufwands flächendeckend angewendet werden sollte. Weiterhin wird in der AWMF-Leitlinie eine B+-Empfehlung dafür gegeben, dass die Beratung zum Rauchstopp „systematisch sowohl durch ärztliche/psychotherapeutische, als auch durch geschulte andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen angeboten werden“ sollte.

Zu der telefonischen Beratung bei Patienten mit Koronarer Herzerkrankung aus dem diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 3) wurde eine all-

gemeine Empfehlung für telefonische Beratung in der AWMF-Leitlinie gefunden, woraus hervorgeht, dass diese in der „medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung“ angeboten werden soll. Dazu wird in der AWMF-Leitlinie ebenfalls eine A+-Empfehlung dafür gegeben, dass „Patienten mit tabakassoziierten Erkrankungen“ eine „Tabakentwöhnung mit medikamentöser und psychosozialer Unterstützung“ angeboten werden soll.

Starke Empfehlungsgrade aus beiden Quellen erhalten auch Beratung für Schwangere, Telefonische Beratung für Nutzer von rauchlosem Tabak und Motivierende Gesprächsführung. In der AWMF-Leitlinie wird Beratung für Schwangere mit „Psychotherapeutischen Verfahren“ in Zusammenhang gebracht. Besondere Methoden, die dabei stark empfohlen werden sind Intensivberatung, Verhaltensmodifikation und „Motivational Enhancement“. Methoden für Schwangere, die bei der AWMF nur eine 0+-Empfehlung erhalten, sind dagegen Stadienspezifische Motivierung nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung (engl. Transtheoretical Model), Feedback des Gesundheitsstatus und der Schadstoffbelastung des Fötus, Verstärkung und Belohnung. Telefonische Beratung für Nutzer von rauchlosem Tabak aus dem diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 25) wird einer starken Empfehlung für Telefonische Beratung ohne Spezialisierung auf eine Zielgruppe für den Gebrauch von rauchlosem Tabak aus der AWMF-Leitlinie gegenübergestellt. Motivierende Gesprächsführung erreicht aus beiden Quellen den Empfehlungsgrad B+. In der AWMF-Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass diese Methode besonders Rauchern mit einer geringen Motivation zur Tabakaufgabe angeboten werden soll.

Vier Interventionen (Beratung [kurz, intensiv, telefonisch] mit dem Outcome der Passivrauchexposition bei Kindern, Beratung nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung, Unterstützung durch Beratung und Aufzeichnungen durch Apotheker/Apothekenmitarbeiter und Verschiedene Formen der Beratung und Anleitung mit dem Outcome einer verminderten Rauchmenge) die in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 4, 8, 46 und 53) untersucht werden, erhalten hier den Empfehlungsgrad 0+. Die Entsprechungen in der AWMF-Leitlinie erhalten dagegen mit Ausnahme der Beratung nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung, wozu hier keine Entsprechung identifiziert wurde, höhere Empfehlungsgrade.

Zu der Kurzen, intensiven und telefonischen Beratung wurden die beschriebenen allgemeinen Empfehlungen der AWMF-Leitlinie zur Kurzberatung mit dem Hinweis des geringen Aufwands und der sich daraus ergebenden flächendeckenden Anwendung sowie der telefonischen Beratung ausgewählt. Die Empfehlung für Kurzberatung (inklusive der

Anmerkung zur intensiveren Beratung) aus der AWMF-Leitlinie wird auch für die Unterstützung durch Beratung und Aufzeichnungen durch Apotheker/Apothekenmitarbeiter genutzt. Ebenfalls wird hier die Empfehlung wiedergegeben, dass Beratung zum Rauchstopp im Gesundheitswesen durch geschulte Berufsgruppen erbracht werden sollte. Den verschiedenen Formen der Beratung und Anleitung mit dem Outcome einer verminderten Rauchmenge wird eine Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie für Raucher, die ihren Konsum reduzieren, aber nicht aufgeben wollen gegenübergestellt. Hier wird „Beratung“ explizit als eine Form der „Hilfestellung“ bezeichnet.

Bildung, Schulung und Training

Hier genügen sieben Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Zu sechs davon wurden Entsprechungen in der AWMF-Leitlinie gefunden. Einige der Interventionen enthalten mediale Komponenten. Diese werden auch im Overview untersucht. Allerdings wurde die Entscheidung getroffen, diese bei den „Kollektivinterventionen“ unter „Medien“ aufzuführen, um eine Unterscheidung zwischen individuen- und gruppenbezogenen und bevölkerungsweiten Interventionen zu treffen. Deshalb gibt es auch in dieser Unterkategorie keine Entsprechung im Overview.

Vier von den sieben Interventionen sind präventiv ausgerichtet. Dieses Übergewicht ergibt sich aus dem „präventiven Charakter“ bzw. der Zielsetzung des Interventionstyps dieser Unterkategorie, im Sinne von „Vorsorge“, „Vorbeugung“, „Vermeidung“ und „Aufklärung“ vor Eintritt eines Ereignisses.

Wie in den vorherigen Unterkategorien sind auch hier die einzelnen Interventionen begrifflich unterschiedlich genau spezifiziert. Somit bleibt auch hier das, was im Einzelnen in der Interventionsdurchführung gemacht wurde in den meisten Fällen im Rahmen der „Black Box“.

Folgende Unterscheidung wird hier getroffen:

- Obergegriffe für Interventionen in dieser Unterkategorie
 - Bildungsbasierte Intervention (werden hier im Wesentlichen nur durch unterschiedlichen Zielgruppen voneinander abgegrenzt)
 - Bildungsbasierte Intervention bei Erwachsenen (Gemeindeansatz)
 - Bildungsbasierte Intervention bei jungen Menschen (Gemeindeansatz)
 - Bildungsbasierte Intervention bei indigenen Jugendlichen
- Eingegrenzter Oberbegriff für Interventionen dieser Unterkategorie

- Schulbasierte Intervention
- Lehrplanbasierte Intervention (schulbasiert)
- Eingrenzung nach der Methode
 - Gesundheitliche Aufklärung
 - Informationen an Einzelhändler.

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen, sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Indigene Jugendliche
 - Junge Menschen
 - Schwangere
 - Erwachsene
- Besondere Settings
 - Schule
- Besondere Outcomes
 - Passivrauchexposition bei Kindern
 - Tabakgebrauch bei Minderjährigen

Den höchsten Empfehlungsgrad erreicht in dieser Unterkategorie die Lehrplanbasierte Intervention in Schulen aus dem diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 59). Da die AWMF-Leitlinie auf das Gesundheitswesen beschränkt ist, werden der Empfehlung aus dem Systematic Review der Cochrane Collaboration verschiedene Empfehlungen für Jugendliche aus der AWMF-Leitlinie gegenübergestellt. Diese betreffen Interventionen wie Altersgerechte Psychoedukation, Motivationssteigerung (Motivational Enhancement, Selbstwirksamkeit) und Verhaltenstherapeutische Interventionen. Damit werden hier Hinweise auf konkrete Methoden gegeben.

Alle weiteren Interventionen dieser Unterkategorie erhalten aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den mittleren Empfehlungsgrad 0+. Die demgegenübergestellten Interventionen aus der AWMF-Leitlinie erhalten dagegen die Grade B+ und A+¹⁶¹. In Bezug auf gesundheitliche Aufklärung bei Schwangeren, die in einem Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 20) vorkommt, wird in der AWMF-Leitlinie

¹⁶¹ Der Unterschied lässt sich u. a. daraus erklären, dass der hier gefragte Interventionstyp zum Teil in weniger validen Studiendesigns als RCTs getestet wurde (Systematic Reviews der Cochrane Collaboration) und oftmals Teil einer umfassenderen Intervention war. Dagegen wurden in der AWMF-Leitlinie valider getestete Interventionen ausgewählt, da hier alle Empfehlungen auf das Gesundheitswesen beschränkt sind und darüberhinausgehende Settings, wie Schulen oder Gemeinden nicht berücksichtigt wurden. So wurden z. B. der bildungsbasierten Intervention für junge Menschen im Gemeindeansatz in einem Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 16) allgemeine Interventionen für Jugendliche mit psychoedukativen Ansätzen in der AWMF-Leitlinie gegenübergestellt [d. Verf.].

darauf hingewiesen, dass „Psychoedukation“ eine empfehlenswerte Komponente von verhaltenstherapeutischen Behandlungen sei. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sind wiederum Bestandteil von Psychotherapeutischen Verfahren, die explizit für Schwangere, die rauchen, stark empfohlen werden.

Informationen an Einzelhändler werden dagegen in der AWMF-Leitlinie in den durchsuchten Bereichen nicht untersucht.

Informationsmaterial und Selbsthilfe

Hier genügen vier Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Zu allen wurde eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie gefunden, während der Interventionstyp im Overview nicht untersucht wird.

Alle Interventionen sind kurativ ausgerichtet.

Sie werden entweder mit dem Ober- bzw. Sammelbegriff „Selbsthilfe“ benannt – worunter eine Vielzahl von Methoden vorstellbar ist – oder als „Selbsthilfematerial“ und „Selbsthilfe nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung“ bezeichnet. Aus den letzten beiden Begriffen geht die genaue Methode der Intervention hervor.

Diese genannten Begriffe werden hier eingeschlossen:

- Selbsthilfe
 - Sammelbegriff
 - Eingrenzung nach einer besonderen Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzerkrankung
- Selbsthilfematerial
 - Ohne Eingrenzung
 - Setting: Arbeitsplatz
- Selbsthilfe nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Patienten mit koronarer Herzerkrankung
- Besondere Settings
 - Arbeitsplatz

Eine genaue Entsprechung der Empfehlungsgrade zwischen den beiden Quellen besteht in dieser Unterkategorie bei der Intervention „Selbsthilfe nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung“ aus einem der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration

(Nr. 8). Allerdings betrifft die Empfehlung dazu aus der AWMF-Leitlinie „Klassische Selbsthilfematerialien“ ohne Anpassung an die Motivationsstufe der Rezipienten. Beide Empfehlungsgrade sind hier mit B+ vergleichsweise stark ausgeprägt.

Aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 3 und 30) heraus ist Selbsthilfematerial allgemein und ohne Eingrenzung auf eine der Dimensionen sowie Selbsthilfe bei Patienten mit Koronarer Herzerkrankung besonders wirksam und erhält hier jeweils den Empfehlungsgrad A+. Selbsthilfematerial am Arbeitsplatz erhält aus dem diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 7) mit dem Grad 0+ nur eine schwache Empfehlung.

Allen Interventionen der Cochrane Collaboration wurde in dieser Unterkategorie dieselbe Empfehlung der AWMF-Leitlinie zu den „Klassischen Selbsthilfematerialien“ gegenübergestellt, da diese den hier eingeschlossenen Interventionen aus Autorinnensicht am nächsten kommt. Internetbasierte und mobile Selbsthilfeprogramme, die in der AWMF-Leitlinie auch vorkommen, wurden an dieser Stelle dagegen nicht einbezogen. Diese wurden unter „Medien“ bei den „Kollektivinterventionen“ erfasst.

Anreize

Hier genügen drei Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. In dieser Unterkategorie wurden keine Entsprechungen in der AWMF-Leitlinie identifiziert.

Anreize werden im Overview zwar untersucht, allerdings aus Autorinnensicht unter einem anderen Aspekt, als in den hier eingeschlossenen Systematic Reviews der Cochrane Collaboration. Während es hier um die Wirksamkeit spezifischer Interventionen in der Tabakentwöhnung an sich geht, wird bei Hoffman und Tan (2015) mit dem Fokus auf bevölkerungsweite Interventionen eine gesundheitssystembasierte Perspektive verfolgt. Deshalb werden die Ergebnisse zu Anreizen aus dem Overview den „Patientenbasierten finanziellen Interventionen“ bei den „Gesundheitssystembasierten Interventionen“ den „Kollektivinterventionen“ zugeordnet.

Eine der Interventionen ist explizit präventiv ausgerichtet. Die anderen Interventionen sind kurativ.

Die Anreize in dieser Unterkategorie werden methodisch einmal allgemein gehalten und zweimal relativ deutlich abgegrenzt:

- Anreize ohne methodische Eingrenzung
 - Anreize
 - Eingrenzung nach einer besonderen Zielgruppe: Kinder und Ju-

gendliche

- Anreize mit methodischer Eingrenzung
 - Verstärkungsorientierte Ansätze mit Geld
 - Eingrenzung nach einer besonderen Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind
 - Quit-and-win Contests (Wettbewerbe)

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Kinder und Jugendliche
 - Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind

Am vielversprechendsten sind hier Quit-and-win Contests, die lokal, national und international durchgeführt werden und auch für „Entwicklungsländer“ erfolgreich sein sollen. Die Intervention in diesem Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 10) resultiert aus dem „Minnesota Heart Health Programm“, das in den 1980er Jahren entwickelt wurde. Sie erhält den Empfehlungsgrad B+. Anreize für Kinder und Jugendliche, von einer Rauchaufnahme abzusehen aus einem weiteren Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 33) erhalten nur den Empfehlungsgrad 0+. Hier wurde weitgehend das Konzept „Smokefree Class Competition“, das in vielen Ländern Europas ausprobiert wurde, untersucht. Anreize für Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind, entspringen dem Gedanken, dass in dieser Personengruppe besonders viele Raucher vertreten sind. Auch hier wird „nur“ der Grad 0+ erreicht. In der AWMF-Leitlinie wird erwähnt, dass kurzfristige Effekte gezeigt werden konnten, dass aber nicht klar ist, ob diese auch langfristig bestehen können (AWMF 2015: 216 – 217).

Feedback über Biomarker

Hier genügen vier Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. In dieser Unterkategorie wurde nur zu einer der Interventionen eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie identifiziert. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Alle Interventionen sind kurativ ausgerichtet.

In diesem Fall werden die Interventionen methodisch relativ klar abgegrenzt und definiert. Durch Feedback von körperlichen Messwerten und Testergebnissen soll Rauchern ein Anreiz zur Tabakaufgabe gegeben bzw. die Motivation dafür gesteigert werden (Systematic-Review-Nr. 5, S. 3).

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen, sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Kinder
 - Schwangere
- Besondere Outcomes
 - Passivrauchexposition bei Kindern

Alle Interventionen erreichen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 4, 5, 20) den Empfehlungsgrad 0+. Die einzige Intervention, die auch in der AWMF-Leitlinie untersucht wird – Feedback-Interventionen bei Schwangeren – erreicht auch hier den Grad 0+.

Rückfallprävention

Hier genügt ein Ergebnis aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Dazu wurde keine direkte Entsprechung in der AWMF-Leitlinie identifiziert, aber eine Empfehlung, in der als Komponente einer „Verhaltenstherapeutischen Behandlung“ u. a. „Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe“ (AWMF 2015: 77 – 78) empfohlen werden. Im Overview wird dieser Interventionstyp nicht untersucht (Begründung wie oben).

Die Intervention ist präventiv ausgerichtet.

Mit dem Begriff „Rückfallprävention“ bzw. „Rückfallprophylaxe“ wird die Intervention eher breit definiert. Welche Methoden im Einzelnen dafür angewendet werden sollen, verbleibt hier in der „Black Box“.

Die Dimension, die in dieser Unterkategorie vorkommt, ist:

- Besondere Settings
 - Arbeitsplatz

Die Intervention erhält aus dem Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 7) eine 0+- und aus der AWMF-Leitlinie eine B+-Empfehlung (i. R. der „Verhaltenstherapeutischen Behandlung“). Während die Intervention in dem diesbezüglichen Systematic Review der Cochrane Collaboration auf das Setting „Arbeitsplatz“ begrenzt ist, bezieht sich die Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie auf „Rückfallprophylaxe“ im Rahmen einer „Verhaltenstherapeutischen Behandlung“¹⁶² (AWMF 2015: 77 – 78).

Nikotinersatztherapie

Hier genügen neun Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Zu allen wurde eine Entsprechung in

¹⁶² Die Bezugsrahmen sind somit unterschiedlich. Daraus lässt sich möglicherweise die Abweichung der Empfehlungsgrade erklären [d. Verf.].

der AWMF-Leitlinie gefunden. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Mit Ausnahme von zwei präventiv ausgerichteten Interventionen sind hier alle kurativ ausgerichtet.

Die Methode ist bei Pharmakologischen Interventionen relativ klar eingegrenzt. Die Intervention ist lediglich nach Kriterien wie z. B. Behandlungsdauer oder Dosierung näher spezifizierbar.

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen, sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Junge Menschen
 - Schwangere
 - Raucher mit akuter oder vergangener Depression
 - Patienten während eines Krankenhausaufenthalts
 - Abstinenzler mit und ohne weitere Hilfen
 - Nutzer von rauchlosem Tabak
- Besondere Outcomes
 - Verminderung der Rauchmenge

Die stärksten Empfehlungsgrade erreichen in dieser Unterkategorie NET allgemein, NET bei Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes (jeweils zwei Mal A+) und NET mit dem Outcome einer verminderten Rauchmenge (zwei Mal B+).

Der starken allgemeinen Empfehlung zu NET in der AWMF-Leitlinie widerspricht die DEGAM mit der Begründung, dass NET nicht allen Patienten angeboten werden könne, da nicht alle zu einer entsprechenden Therapie bereit seien (AWMF 2015a: 16). Die Empfehlung für Patienten während eines Krankenhausaufenthalts in der AWMF-Leitlinie bezieht sich allgemein auf „Tabakentwöhnung“ ohne Bezug zu NET. Die Empfehlung zur Verminderung der Rauchmenge bezieht sich dagegen in der AWMF-Leitlinie explizit auf „NET“ (u. a.).

Zwei Interventionen im Rahmen von NET werden in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 28) als Rückfallprophylaxe für Abstinenzler mit und ohne weitere Hilfen untersucht. Hier wurde eine 0+-Empfehlung in der AWMF-Leitlinie für NET als Rückfallprophylaxe identifiziert.

Während der Einsatz der NET bei jungen Menschen, Schwangeren und Rauchern mit einer akuten oder vergangenen Depression in den Systematic Reviews der Cochrane

Collaboration (Nr. 47, 22, 63) mit einer schwach positiven Empfehlung unterlegt ist, wird in der AWMF-Leitlinie deutlich gemacht, dass NET bei jungen Menschen und Schwangeren nur in begründeten Ausnahmefällen angeboten werden kann. Bei Schwangeren soll das in diesen Situationen nur in Form von Nikotinplastern, -inhalern, -tabletten oder –kaugummis erfolgen, bei jungen Menschen ausschließlich in Form von Pflastern. Der Einsatz der NET bei Rauchern mit einer akuten oder vergangenen Depression ist in der AWMF-Leitlinie dagegen mit einer starken Empfehlung unterlegt (A+).

Von dem Einsatz der NET bei dem Gebrauch von rauchlosen Tabakprodukten wird in beiden Quellen abgeraten.

Bupropion (Antidepressivum)

Auch hier genügen neun Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Zu sieben davon wurde eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie identifiziert. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Mit Ausnahme von einer präventiv ausgerichteten Intervention sind hier alle kurativ ausgerichtet.

Dem Interventionstyp der Pharmakologischen Interventionen gemäß ist auch hier die Methode relativ klar eingegrenzt.

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen, sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Junge Menschen
 - Raucher mit einer akuten oder vergangenen Depression
 - Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind
 - Patienten während eines Krankenhausaufenthalts
 - Nutzer von rauchlosem Tabak
- Besondere Outcomes
 - Verminderung der Rauchmenge
 - Rückfallprävention

Die stärksten Empfehlungsgrade erreichen in dieser Unterkategorie Bupropion allgemein, Bupropion bei Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind und bei Rauchern mit einer vergangenen Depression. Die übereinstimmenden Empfehlungsgrade aus beiden Quellen sind hier einmal A+ und zwei Mal B+.

Allerdings widerspricht die DEGAM diesen Empfehlungen mit der Begründung, dass der

Nutzen von Bupropion nicht eindeutig belegt sei sowie, dass mit der Einnahme neuropsychiatrische Symptome und auch Suizide einhergehen können. Auch weist die DEGAM darauf hin, dass ein Medikament, das innerhalb des GKV-Rahmens nicht verordnungsfähig ist, schlecht empfohlen werden könne. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Vor- und Nachteile einer Behandlung mit Bupropion mit dem Patienten gemeinsam abgewogen werden sollten (AWMF 2015a: 17).

Bupropion bei Rauchern mit akuter Depression, bei jungen Menschen, bei Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes und mit den Outcomes „Verminderung der Rauchmenge“ und „Rückfallprävention“ erhalten aus den entsprechenden Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 63, 47, 53, 44, 28) eine schwach positive Empfehlung (0+).

Demgegenüber steht eine A+-Empfehlung für Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes, die allerdings nicht auf Bupropion beschränkt ist sowie eine B+-Empfehlung für Raucher mit akuter Depression in der AWMF-Leitlinie. Bei letzterem wird in der AWMF-Leitlinie keine Unterscheidung zwischen akuter und vergangener Depression getroffen. Zur Anwendung von Bupropion in der Rückfallprävention wird in der AWMF-Leitlinie eine 0+-Empfehlung für einen 16- bis 54-Wochen dauernden Einsatz von Bupropion gegeben. Bupropion zur Verminderung der Rauchmenge wird in der AWMF-Leitlinie in den durchsuchten Abschnitten nicht untersucht. Von dem Einsatz von Bupropion zur Tabakentwöhnung bei jungen Menschen wird in der AWMF-Leitlinie klar abgeraten (A-).

Bupropion als Mittel zur Entwöhnung von rauchlosen Tabakprodukten kann aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 25) nicht empfohlen werden und erhält einen B—Empfehlung. In der AWMF-Leitlinie wurde keine Empfehlung zu dieser Intervention und Zielgruppe identifiziert.

Weitere Antidepressiva

Hier genügen drei Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Dazu wurde jeweils eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie identifiziert. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Alle drei Interventionen sind kurativ ausgerichtet.

Dem Interventionstyp der Pharmakologischen Interventionen gemäß ist auch hier die Methode relativ klar eingegrenzt.

Da alle Interventionen allgemein untersucht worden sind, kommen in dieser Unterkatego-

rie keine Dimensionen vor.

Eine positive Bewertung erhält in dieser Kategorie ausschließlich das Medikament Nortriptylin. Aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 31) ergibt sich eine A+-Bewertung. In der AWMF-Leitlinie ist die Empfehlung mit 0+ dagegen schwächer. Hier wird darauf hingewiesen, dass dieses Medikament für diese Indikation in Deutschland nicht zugelassen sei (AWMF 2015: 98). Es wird auf den sog. „Off-Label-Use“¹⁶³ verwiesen.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und Monoaminoxidasehemmer werden in beiden Quellen als nicht wirksam herausgestellt. In der AWMF-Leitlinie werden diese Medikamente jedoch nicht namentlich genannt, sondern es wird lediglich davon abgeraten, „andere Antidepressiva [als Bupropion und Nortriptylin, d. Verf.]“ (ebd.) in der Tabakentwöhnung anzubieten (A-).

Vareniclin (partieller Nikotinrezeptoragonist)

Hier genügen sechs Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Dazu wurden fünf Entsprechungen in der AWMF-Leitlinie identifiziert. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Von sechs Interventionen sind fünf kurativ ausgerichtet.

Dem Interventionstyp der Pharmakologischen Interventionen gemäß ist auch hier die Methode relativ klar eingegrenzt.

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen, sind:

- Besondere Zielgruppen
 - Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind
 - Patienten vor einer Operation
 - Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes
 - Nutzer von rauchlosem Tabak
- Besondere Outcomes
 - Rückfallprävention

Die stärkste Empfehlung und einzige Übereinstimmung der Grade zwischen den beiden Quellen liegt bei Vareniclin ohne Eingrenzung auf eine Dimension vor. Hier wird zwei Mal der Grad A+ erreicht. In der AWMF-Leitlinie wird Vareniclin als Medikament nach Versagen einer NET empfohlen sowie auf die Notwendigkeit einer Aufklärung über „mögliche

¹⁶³ Vgl. <https://www.g-ba.de/themen/anzneimittel/anzneimittel-richtlinie-anlagen/off-label-use/> (15.07.2019).

Risiken“ hingewiesen. Im Gegensatz zum Autorenkommentar bei Bupropion wird im entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 11) zu Vareniclin darauf hingewiesen, dass starke UAW nicht ausgeschlossen werden können. Auch die DEGAM widerspricht der positiven Empfehlung für den Einsatz von Vareniclin in der Tabakentwöhnung. Sie schlägt eine 0+-Empfehlung unter gemeinsamer Abwägung mit dem Patienten mit der Begründung vor, dass u. a. relativ sichere Hinweise für das Auftreten von kardiovaskulären Ereignissen im Zusammenhang mit einer Behandlung mit Vareniclin vorlägen, eine Verbindung einer Autorin mit der Industrie bei einer größeren Meta-Analyse festgestellt worden sei und sich Berichte zu neuropsychiatrischen Symptomen, die auch Suizide einschließen, häuften (AWMF 2015a: 18).

Der starken Empfehlung (A+) für die Gabe von Vareniclin bei Patienten vor einer Operation aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 60) wird eine B+-Empfehlung der AWMF-Leitlinie gegenübergestellt, die sich auf die genannte Zielgruppe bezieht, jedoch nur eine „medikamentöse Komponente“ und nicht explizit „Vareniclin“ benennt.

Vareniclin kann nach dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 25) für Nutzer von rauchlosem Tabak als wirksam bezeichnet werden (B+-Empfehlung). Für Vareniclin in dieser Zielgruppe wurde dagegen keine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie gefunden.

Die ausstehenden drei Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 28, 61, 44) betreffen das Outcome „Rückfallprävention“ und die Zielgruppen von Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind und Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes. Alle drei erhalten hier eine schwach positive Empfehlung mit dem Grad 0+.

Der Empfehlungsgrad 0+ wird im Fall der „Rückfallprävention“ aus der AWMF-Leitlinie bestätigt. Es kann demnach eine 24-wöchige Therapie mit Vareniclin angeboten werden. Bei den zwei weiteren Zielgruppen kommt die AWMF-Leitlinie dagegen zu einer stärkeren Empfehlung (B+ und A+). Allerdings widerspricht die DEGAM der Empfehlung für Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind, unter Berücksichtigung von Ausnahmefällen (AWMF 2015a: 19). Die Empfehlung der AWMF-Leitlinie für Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes bezieht sich allgemein auf die „Tabakentwöhnung“ und nicht explizit auf den Einsatz von Vareniclin.

Weitere partielle Nikotinrezeptoragonisten

Hier genügen drei Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den

eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Bei einem Medikament wurden in dem dazugehörigen Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 50) keine Studien eingeschlossen. Zu allen drei Ergebnissen wurde jeweils eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie identifiziert. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Alle drei Interventionen sind kurativ ausgerichtet.

Dem Interventionstyp der Pharmakologischen Interventionen gemäß ist auch hier die Methode relativ klar eingegrenzt.

Da alle Interventionen allgemein untersucht worden sind, kommen in dieser Unterkategorie keine Dimensionen vor.

Lediglich das Medikament Cytisin erhält hier aus beiden Quellen übereinstimmend eine schwach positive Empfehlung (0+). Hier wird in der AWMF-Leitlinie aufgrund der fehlenden Zulassung in Deutschland auf den „Off-Label-Use“ (s. o.) verwiesen.

Bei Dianiclin kommt es aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 11) zu einer schwach positiven Empfehlung (0+). Allerdings wird in der AWMF-Leitlinie deutlich davon abgeraten „andere partielle Nikotinrezeptoragonisten [als Vareniclin und Cytisin, d. Verf.]“ (AWMF 2015: 99) anzubieten. Darunter fällt auch Lobeclin, zu dem in dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration keine Studien eingeschlossen wurden.

Clonidin

Hier genügt ein Ergebnis der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Dazu wurde eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie identifiziert. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Die Intervention ist kurativ ausgerichtet.

Dem Interventionstyp der Pharmakologischen Interventionen gemäß ist auch hier die Methode relativ klar eingegrenzt.

Da die Intervention allgemein untersucht worden ist, kommen in dieser Unterkategorie keine Dimensionen vor.

Aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 26) kommt es hier zu einer B+-Empfehlung. In der AWMF-Leitlinie wird jedoch nur eine 0+-Empfehlung zu Clonidin als Mittel in der Tabakentwöhnung gegeben. Dazu wird unter Verweis auf den „Off-Label-Use“ (s. o.) vermerkt, dass dieses Medikament für diese Indi-

kation in Deutschland nicht zugelassen sei.

Mecamylamin

Hier genügt ein Ergebnis der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Dazu wurde eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie identifiziert. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Die Intervention ist kurativ ausgerichtet.

Dem Interventionstyp der Pharmakologischen Interventionen gemäß ist auch hier die Methode relativ klar eingegrenzt.

Da die Intervention allgemein untersucht worden ist, kommen in dieser Unterkategorie keine Dimensionen vor.

Aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 37) kommt es hier zu einer 0+-Empfehlung. In der AWMF-Leitlinie wird jedoch davon abgeraten, Mecamylamin in der Tabakentwöhnung anzubieten (B-). Dabei wird eine Empfehlung zu „allen anderen Substanzen“ (AWMF 2015: 100) mit fehlenden Wirksamkeitsnachweisen und/oder ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnissen genutzt, wozu Mecamylamin gezählt wird.

Alle anderen Medikamente

Hier genügen elf Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. In zwei davon (Nr. 39 und 54) wurden jedoch zu der jeweiligen Intervention keine Studien eingeschlossen. Zu zehn der elf hier untersuchten Interventionen wurde eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie gefunden. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Die Interventionen sind kurativ ausgerichtet.

Dem Interventionstyp der Pharmakologischen Interventionen gemäß ist auch hier die Methode relativ klar eingegrenzt.

Die einzige Dimension, die in dieser Unterkategorie vorkommt, ist:

- Besondere Zielgruppen
 - Nutzer von Wasserpfeifen/Wasserpfeifentabak

Aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 13) heraus erhält das Medikament Rimonabant eine B+-Empfehlung, obwohl es laut dem Sys-

tematic Review bereits 2008 wegen UAW vom europäischen Markt genommen wurde¹⁶⁴.

Die Medikamente Buspiron, Diazepam, Meprobamat, Metoprolol und Oxprenolol erhalten aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 32) eine schwach positive Empfehlung mit dem Grad 0+.

Ebenfalls erhalten die Nikotinimpfung und Silberazetat aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 29 und 35) den Empfehlungsgrad 0+. Die Nikotinimpfung hat sich bei Erstellung des Systematic Reviews noch in der Entwicklung befunden. Bei Silberazetat wird von einer „aversiven Stimulierung“ durch Erzeugung eines unangenehmen Geschmacks in Verbindung mit Tabakprodukten ausgegangen (SR-Nr. 35: 1).

Das Medikament Naltrexon erhält dagegen aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 24) eine negative Empfehlung (B-).

Alle beschriebenen Interventionen, einschließlich Nicobrevin, zu dem in dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 54) keine Studien eingeschlossen wurden, erhalten in der AWMF-Leitlinie eine negative Empfehlung (B-). Hier wurde überwiegend die Empfehlung zu „allen anderen Substanzen“, für die fehlende Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstige Nutzen-Risiko-Verhältnisse zu verzeichnen sind, verwendet. Lediglich bei Nicobrevin wurde die negative Empfehlung aus einer Textstelle abgeleitet, in der beschrieben wird, dass „Naturheilmittel oder Homöopathika“ wegen ausbleibender Wirksamkeitsnachweise vorerst in der Tabakentwöhnungsbehandlung nicht eingesetzt werden sollten (AWMF 2015: 111).

Zu der Fragestellung der Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung bei Nutzern von Wasserpfeifen/Wasserpfeifentabak wurden in dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 39) keine Studien eingeschlossen. Zu dieser Intervention wurden in der AWMF-Leitlinie ebenfalls keine Ergebnisse identifiziert.

Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs

Hier genügen fünf Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Zu allen wurde eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie gefunden. Im Overview wird dieser Interventionstyp dagegen nicht untersucht (Begründung wie oben).

Die Interventionen sind kurativ ausgerichtet.

Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs sind, ähnlich wie Pharmakologische Interventionen, relativ klar eingegrenzt.

¹⁶⁴ Dies wurde als Kriterium hier nicht mit in die Ableitung des Empfehlungsgrades einbezogen [d. Verf.].

Da die Interventionen allgemein untersucht worden sind, kommen in dieser Unterkategorie keine Dimensionen vor.

Die einzige Übereinstimmung der Empfehlungsgrade aus beiden Quellen liegt bei Hypnotherapie vor. Hier kann eine schwach positive Wirksamkeit (0+) verzeichnet werden, obwohl in der AWMF-Leitlinie eine inkonsistente Datenlage beschrieben wird, die der Ergänzung bedarf (AWMF 2015: 77).

Akupunktur, Akupressur und Lasertherapie erhalten aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 64) eine 0+-Empfehlung. In der AWMF-Leitlinie wird dagegen beschrieben, dass es keine Evidenz für die Effektivität der genannten Methoden gäbe (AWMF 2015: 142). Daraus wurde eine 0—Empfehlung abgeleitet¹⁶⁵.

Elektrostimulation ist dagegen aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 64) heraus eindeutig nicht wirksam und erhält daraus den Empfehlungsgrad B-. In der AWMF-Leitlinie fällt dies unter die bereits beschriebene Empfehlung (Akupunktur, Akupressur und Lasertherapie [AWMF 2015: 142]) mit dem zuvor beschriebenen Empfehlungsgrad 0-.

Medien

Hier genügen zwei Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Dazu wurden in der AWMF-Leitlinie Entsprechungen gefunden, die sich auf einzelne Medien beziehen. Ansonsten werden bevölkerungsweite Interventionen in der AWMF-Leitlinie, die den Fokus auf klinische Interventionen legt, nicht untersucht. Im Overview werden massenmediale Kampagnen im Rahmen der MPOWER-Kategorie „Warn about the dangers of tobacco“ untersucht.

Eine der Interventionen ist kurativ, die andere präventiv ausgerichtet.

Beide hier untersuchten Interventionen werden in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration als „Massenmediale Interventionen“ bezeichnet, die über verschiedene Kanäle verbreitet werden. Die genaue Methode der Intervention bleibt dabei eher verborgen und liegt somit im Bereich der „Black Box“. Z. B. könnte man dazwischen unterscheiden, welche Bereiche thematisch abgedeckt werden (Vorteile des tabakfreien Lebens; gesundheitliche Auswirkungen von Tabakanbau, -produktion, -konsum und Exposition gegenüber Tabakrauch; gesundheitsbezogene, gesellschaftliche, umweltbezogene

¹⁶⁵ Vgl. Textstelle für Akupunktur: „[...] kann nicht empfohlen werden.“ (AWMF 2015: 141). Wahrscheinlich basiert die Beurteilung der AWMF hier auf dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration. Dass unterschiedliche Empfehlungsgrade abgeleitet wurden, ist in dem hier entwickelten Ableitungssystem für die Empfehlungsgrade begründet [d. Verf.].

und wirtschaftliche Kosten und Folgen von Tabakanbau, -produktion und -konsum u. a. [Kahnert et al. 2011: 104]), ob Botschaften an bestimmte Zielgruppen angepasst werden oder allgemein gehalten sind und mehr.

Die Dimension, die in dieser Unterkategorie vorkommt, ist:

- Besondere Zielgruppen
 - Junge Menschen
 - Erwachsene

Eine starke Empfehlung (B+) erhält in dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 1) und in der AWMF-Leitlinie die massenmediale Intervention für Erwachsene. Da in der AWMF-Leitlinie keine Empfehlung für umfassende massenmediale Interventionen für Erwachsene identifiziert wurde, wird hier eine Empfehlung für Internetbasierte Selbsthilfeprogramme ohne Eingrenzung auf eine bestimmte Zielgruppe verwendet. Aus dem Overview erhalten Massenmediale Kampagnen allgemein eine schwach positive Empfehlung (0+).

Die Massenmediale Intervention zur Vermeidung des Tabakgebrauchs (Prävention) bei jungen Menschen erhält aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 6) eine schwach positive Empfehlung (0+). In der AWMF-Leitlinie wurden dazu Computer-, Internet- und Smartphone-gestützte Programme für Jugendliche mit einer B+-Empfehlung ausgewählt. Die schwach positive Empfehlung für Massenmediale Kampagnen aus dem Overview ist allgemein gehalten und gilt somit auch hier.

Gesetze und Verbote

Hier genügen drei Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. In der AWMF-Leitlinie wurde hier keine Entsprechung gefunden, weil diese auf klinische Interventionen beschränkt ist. Im Overview werden Gesetze und Verbote im Rahmen der MPOWER-Kategorie „Protect people from tobacco smoke“ untersucht.

Eine der Interventionen ist explizit präventiv, die anderen zwei sind kurativ ausgerichtet.

Gesetze und Verbote sind begrifflich relativ klar umgrenzt. Im Einzelnen kann u. a. unterschieden werden, auf welcher Ebene (z. B. staatlich oder institutionell) diese entschieden werden und wie weit sie reichen (z. B. institutionell, national, regional; Kahnert et al. 2011: 59 – 67).

Folgende Reichweiten der Gesetze und Verbote kommen hier vor:

- Institutionell: Schule (Innen- und Außenräume)

- Gesetzlich/staatlich: Implementierung national, regional, lokal

Die Stärkung der Gesetzesumsetzung ist eine Intervention zur Unterstützung von Gesetzen und Verboten. Sie kann somit als „prozessbezogen“ charakterisiert werden.

Die Dimensionen, die in dieser Unterkategorie vorkommen, sind:

- Besondere Settings
 - Schule
- Besondere Outcomes
 - Tabakgebrauch bei Minderjährigen
 - Passivrauchexposition

Gesetzliche Rauchverbote erhalten in dieser Unterkategorie die stärkste Empfehlung mit A+ aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 14). Rauchverbote an Schulen (präventiv) und Stärkung der Gesetzesumsetzung, um Minderjährige vom Tabakgebrauch abzuhalten, erhalten aus den jeweiligen Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (Nr. 23 und 56) jeweils eine schwach positive Empfehlung.

Rauchverbote und –beschränkungen sind im Overview die am stärksten wirksame der bevölkerungsweiten Interventionen. Deshalb wird allen beschriebenen Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration in dieser Unterkategorie eine A+-Empfehlung aus dem Overview gegenübergestellt.

Produktbezogene Interventionen

Hier genügt zunächst ein Ergebnis aus einem Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 40) den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Hierzu wurde eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie gefunden. Dagegen wird die Intervention (Elektronische Zigarette, d. Verf.) im Overview nicht untersucht.

Eine weitere Intervention (Verpackungsgestaltung, d. Verf.) in dieser Unterkategorie ist nur im Overview – im Rahmen der MPOWER-Kategorie „Warn about the dangers of tobacco use“ – untersucht¹⁶⁶.

Beide Interventionen in dieser Unterkategorie sind kurativ ausgerichtet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass elektronische Zigaretten ein marktwirtschaftliches Produkt sind und in Deutschland nicht als Arzneimittel oder Medizinprodukt eingestuft werden (vgl. Bundesverwaltungsgericht 2014).

¹⁶⁶ Nach Abschluss des Suchzeitraums erschien hier der Systematic Review „Tobacco packaging design for reducing tobacco use“ der Cochrane Collaboration [d. Verf.].

Während der Begriff „Produktbezogene Interventionen“ für die Unterkategorie offengehalten ist und Raum für verschiedene Methoden lässt, sind die beiden einzelnen Interventionen dieser Unterkategorie klar eingegrenzt.

Da die Interventionen allgemein untersucht worden sind, kommen in dieser Unterkategorie keine Dimensionen vor.

Während elektronische Zigaretten aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 40) eine B+-Empfehlung erhalten – dies ist vorrangig auf positive Effektschätzer aus zwei Studien zurückzuführen (Systematic-Review-Nr. 40: 2) – wird in der AWMF-Leitlinie von der Anwendung der Elektronischen Zigarette in der Tabakentwöhnung abgeraten (B-). Dies wird mit einer unzureichenden Datenlage zur Effektivität und Sicherheit der Intervention begründet (AWMF 2015: 142). Aus den Fußnoten in der vorläufigen Ergebnistabelle¹⁶⁷ geht hervor, dass elektronische Zigaretten umstritten sind.

Die Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten im Sinne von gesundheitlichen Warnhinweisen und „Plain packaging“ erhält aus dem Overview eine schwach positive Empfehlung.

Gesundheitssystembasierte Interventionen

In dieser Kategorie genügen drei Ergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration den eingegrenzten Ein- und Ausschlusskriterien. Dazu wurde hier eine Intervention eingefügt, die ausschließlich im Overview untersucht wird.

Für zwei der Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration wurde eine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie gefunden, dagegen keine im Overview. Für die dritte Intervention aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration wurde eine Entsprechung im Overview, aber nicht in der AWMF-Leitlinie gefunden.

Die Interventionen sind kurativ ausgerichtet.

Man kann in dieser Unterkategorie folgende Methoden unterscheiden:

- Weiterbildung für Fachkräfte (Training und Schulung)
- Finanzielle Interventionen

Die Dimension, die in dieser Unterkategorie vorkommt, ist:

- Besondere Zielgruppen
 - Apotheker/Apothekenmitarbeiter

¹⁶⁷ Vgl. Anhang IV

- Fachkräfte der Gesundheitsversorgung
- Patienten im Gesundheitssystem
- Anbieter im Gesundheitssystem

Die stärkste Empfehlung erreicht in dieser Unterkategorie „Schulung von Fachkräften der Gesundheitsversorgung“. Sowohl aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 19) als auch in einer dementsprechenden Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie wird der Grad A+ erreicht. Die Empfehlung der AWMF-Leitlinie bezieht sich auf „Beratungsansätze zur Förderung des Rauchstopps sowie therapeutische Interventionen zur Entwöhnungsbehandlung“, die stärker in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen integriert werden sollen (AWMF 2015: 226). Die Intervention wird im Overview nicht untersucht

Eine Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter erhält aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 46) nur eine schwach positive Empfehlung (0+). Hier wurde die zuvor beschriebene Empfehlung aus der AWMF-Leitlinie als Gegenüberstellung ausgewählt. Auch diese Intervention wird im Overview nicht untersucht.

Patientenbasierte finanzielle Interventionen, wie z. B. zuzahlungsfreie Rezepte für die Behandlung der Tabakabhängigkeit, erhalten aus dem entsprechenden Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 42) eine positive Empfehlung (B+). Zu dieser Intervention wurde keine Entsprechung in der AWMF-Leitlinie identifiziert. Im Overview wird diese Interventionsform im Rahmen der MPOWER-Kategorie „Offer help to quit tobacco use“ untersucht. Sie erhält hier eine schwach positive Empfehlung (0+).

Anbieterbasierte finanzielle Interventionen, die Anbietern der Behandlung der Tabakabhängigkeit Anreize für diese geben sollen, werden ausschließlich im Overview im Rahmen von „Offer help to quit tobacco use“ untersucht. Da beschrieben wird, dass diese Intervention wahrscheinlich nicht wirksam sei (vgl. Hoffman und Tan 2015: 4), kommt es hier zu einer 0—Empfehlung.

Preisbezogene und steuerliche Interventionen

In dieser Unterkategorie werden Steuern im Rahmen der MPOWER-Kategorie „Raise taxes on tobacco“ im Overview untersucht. Die Intervention kommt weder in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration noch in der AWMF-Leitlinie vor.

Die Intervention kann sowohl kurativ als auch präventiv verstanden werden.

Steuern sind methodisch relativ klar eingegrenzt. Es gibt jedoch unterschiedliche Formen der Besteuerung. Man kann diese z. B. nach der Besteuerung selber oder nach der Ver-

wendung der durch die Besteuerung eingenommenen Mittel spezifizieren (WHO Framework Convention on Tobacco Control 2018: 21 – 26). Im Overview wird hier jedoch keine Unterscheidung gemacht. Steuern werden somit als eine Gesamtkategorie betrachtet.

Da die Intervention allgemein untersucht worden ist, kommen in dieser Unterkategorie keine Dimensionen vor.

Steuern auf Tabakprodukte zu erheben ist im Overview die am zweitstärksten wirksame Intervention und erhält deshalb den Empfehlungsgrad B+.

Interventionen zur Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring

In dieser Unterkategorie werden Werbeverbote im Rahmen der MPOWER-Kategorie „Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship“ im Overview untersucht. Die Intervention kommt weder in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration noch in der AWMF-Leitlinie vor.

Die Intervention kann sowohl kurativ als auch präventiv verstanden werden.

Werbeverbote können unterschiedliche Reichweiten haben. Umfassende Verbote schließen das Verbot von Tabakwerbung, der Förderung des Tabakverkaufs und des Tabaksponsorings ein. Kahnert et al. (2011: 109) nennen weiterhin folgenden Aspekte:

- „Ausnahmslos jede Art von Werbung und Verkaufsförderung sowie Sponsoring;
- Direkte und indirekte Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoringtätigkeit;
- Handlungen, die auf die Verkaufsförderung abzielen oder die wahrscheinlich eine verkaufsfördernde Wirkung haben;
- Förderung des Verkaufs von Tabakerzeugnissen und des Tabakgebrauchs;
- Kommerzielle Kommunikation sowie kommerzielle Empfehlungen und Handlungen;
- Jede Art von Unterstützung von Veranstaltungen, Tätigkeiten oder Personen;
- Werbung für und Förderung von Tabakmarkennamen und jede Art von Öffentlichkeitsarbeit; sowie
- Traditionelle Medien (Printmedien, Fernsehen und Radio) sowie alle Medienplattformen wie Internet, Mobiltelefone sowie sonstige neue Technologien und Filme.“

Da die Intervention allgemein untersucht worden ist, kommen in dieser Unterkategorie keine Dimensionen vor.

Im Overview wird dargelegt, dass eine eher schwache Evidenz für die Wirksamkeit von Tabakwerbeverboten besteht (Hoffman und Tan 2015: 6). Trotzdem wird die Intervention als wirksam herausgestellt und erhält deshalb den Empfehlungsgrad 0+. Die Autoren

weisen darauf hin, dass umfassende Verbote wahrscheinlich besser wirksam sind als partielle (ebd.).

Fehlende Evidenz und fehlende Zulassung von Interventionen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration

In drei Übersichtsarbeiten wurden keine Studien eingeschlossen. In Nr. 39 („Interventions for waterpipe smoking cessation“) beschreiben die Autoren, dass sie keine vollständige Studie zum Thema der Interventionen zur Förderung der Aufgabe des Wasserpfeifentabakkonsums gefunden haben. Sie stellen die Absicht dar, einen RCT zu diesem Thema durchzuführen. Sie heben die ansteigenden Nutzerraten von Wasserpfeifentabak weltweit hervor und dass Wasserpfeifentabak fälschlicherweise den Ruf habe, weniger gesundheitsschädlich als Zigarettentabak zu sein. In Nr. 50 („Lobeline for smoking cessation“) haben die Autoren keine Studien mit langfristigem Follow-up (u. a. Einschlusskriterien) gefunden und sich dazu entschieden, keine Studien einzuschließen. Sie beschreiben, dass die Evidenz zur kurzfristigen Wirksamkeit keinen Nutzen des Medikaments impliziert. Bei Nr. 54 („Nicobrevin for smoking cessation“) wurden ebenfalls keine Studien eingeschlossen, da die Einschlusskriterien nicht erfüllt wurden.

In zwei Übersichtsarbeiten der Extraktionstabelle (Anhang) haben die untersuchten Produkte keinen Marktzugang. Die Medikamente Rimonabant und Taranabant aus Nr. 13 („Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation“) mussten 2008 wegen inakzeptabler Nebenwirkungen zurückgezogen werden. In Nr. 29 („Nicotine vaccines for smoking cessation“) wird angemerkt, dass Impfstoffe vor ihrer Zulassung meistens noch einige Veränderungen durchlaufen müssen sowie, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Übersichtsarbeit (2012) noch keine Nikotininpfung zur Nutzung in irgendeinem Land zugelassen war.

Diskussion

Das Ziel im vorliegenden Kapitel war es, eine belastbare und übersichtliche Grundlage für wirksame (inkl. der Einbeziehung von Informationen zu nicht wirksamen) Tabakkontrollinterventionen für die darauffolgende Befragung der Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit zu generieren. Dabei beziehen sich die Aussagen auf den Bereich der in der FCTC beschriebenen Tabakkontrollinterventionen¹⁶⁸.

Um das Ziel zu erreichen wurde nach EbPH-Prinzipien, wie Konsequenz, Systematik und Transparenz bei der Auswahl der wissenschaftlichen Erkenntnisse (Gerhardus 2010: 18) vorgegangen, und es wurden Daten zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen der FCTC in einem mehrstufigen Prozess, in dem schrittweise Quellen addiert

¹⁶⁸ Vgl. Box I (118)

wurden, analysiert. Dazu wurde eine Methodik entwickelt, um die Ergebnisse aus drei Quellen übersichtlich und einheitlich in Form von Empfehlungsgraden darzustellen. Es fand eine Orientierung an der Systematik der AWMF-Leitlinie statt.

Vorbemerkung zur Interpretation der Ergebnisse

Im Vergleich der Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und der AWMF-Leitlinie muss sich der Leser darüber bewusst sein, dass in der AWMF-Leitlinie in der Regel eine umfassendere Abwägung vorgenommen wird. Das bedeutet, dass zur Entscheidung für einen Empfehlungsgrad mehr Kriterien angelegt und mehr Informationen (inklusive eines umfassenden Abstimmungsprozesses unter Beteiligung von Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen) herangezogen werden als für die Ergebnisse in einem Systematic Review der Cochrane Collaboration und dass die Systematic Reviews der Cochrane Collaboration in der AWMF-Leitlinie zum Teil enthalten sind¹⁶⁹. Das bedeutet, dass in der AWMF-Leitlinie die Aussagen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration teilweise mit bewertet und zur Empfehlungsableitung berücksichtigt wurden. Dann stimmen die Ergebnisse entweder überein oder aber die AWMF kommt aufgrund des Hinzuziehens weiterer Informationen zu einer von dem Ergebnis des entsprechenden Systematic Review abweichenden Empfehlung. Wie beschrieben¹⁷⁰, wird in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration weitgehend ausschließlich das Kriterium der Wirksamkeit untersucht. Da sich die Zielsetzung des Kapitels auf die Herausstellung der Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen bezieht, sind die Ergebnisse der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration für diesen Zweck als ausreichend zu betrachten. Weitere Kriterien einzubeziehen, die die Umsetzung der Ergebnisse betreffen, ist aus Autorinnensicht aber sinnvoll. Dies ist durch die Einbeziehung der AWMF-Leitlinie in die vorliegende Arbeit ansatzweise gegeben.

Während die AWMF-Leitlinie schwerpunktmäßig Empfehlungen für Deutschland gibt, wird dafür auch internationale Evidenz (u. a. die Systematic Reviews der Cochrane Collaboration) einbezogen. Deshalb und wegen der breiteren Abwägung sollte aus Autorinnensicht bei abweichenden Empfehlungsgraden zu derselben oder einer ähnlichen Intervention, wenn vorhanden, zunächst der Empfehlungsgrad der AWMF-Leitlinie bevorzugt bzw. im Einzelfall genau geprüft werden, worauf die unterschiedlichen Empfehlungsgrade beruhen.

Bei der Beurteilung der Empfehlungen aus der AWMF-Leitlinie sollte sich der Leser der

¹⁶⁹ Vgl. Prüfung der Leitlinie auf eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (160)

¹⁷⁰ Vgl. Beurteilung der praktischen Anwendbarkeit (105)/Exkurs 1: Wirksamkeit (117)

Beurteilung der Leitlinie durch Leitlinienwatch.de¹⁷¹ bewusst sein. Hieraus kann geschlossen werden, dass die Leitlinie, trotz guter Ansätze, nicht vollkommen unabhängig von Einflüssen der Pharmaindustrie ist. Das kann aus einer kritischen Perspektive heraus als Möglichkeit von verzerrten Ergebnissen gedeutet werden, die sich dann sachgemäß auf die Pharmakologischen Interventionen beziehen würde.

Das spiegelt sich in der positiven Bewertung der NET und der Medikamente Bupropion und Vareniclin in der Tabakentwöhnung wieder. Dass hier unterschiedliche Ansichten vertreten werden, zeigen aber die Widersprüche zu den Empfehlungen durch die DEGAM. Durch deren Bemerkungen wird zu einer kritischen Distanz diesen Medikamenten gegenüber aufgerufen. Insbesondere wird auf schwere UAW bei den Medikamenten Bupropion und Vareniclin hingewiesen, die wahrscheinlich auch Suizide einschließen können. Allerdings rät die DEGAM auch nicht gänzlich vom Einsatz dieser Mittel in der Tabakentwöhnung ab. Sie empfiehlt lediglich, den Empfehlungsgrad herabzusetzen und den Einsatz der Medikation im Einzelfall mit dem Patienten genau abzustimmen.

Demgegenüber kommt der Overview der Cochrane Collaboration zu den pharmakologischen Interventionen (Cahill et al. 2013: 2/“SR“-Nr. 12) zu einer positiven Einschätzung der Medikamente NET, Bupropion, Vareniclin und Cytisin für die Tabakentwöhnung, wobei lediglich die Sicherheit von Vareniclin weiter erforscht werden sollte.

Der jeweilige Empfehlungsgrad des Overviews ist zunächst unabhängig von den Ergebnissen der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und der AWMF-Leitlinie zu betrachten. Wie beschrieben¹⁷², wurden aber auch hier Systematic Reviews der Cochrane Collaboration einbezogen, was bedeutet, dass die Möglichkeit von gleichen oder ähnlichen Ergebnissen besteht. Diese werden im Overview (wie in der AWMF-Leitlinie) durch Ergebnisse aus Systematic Reviews, die außerhalb der Cochrane Collaboration angefertigt wurden, ergänzt. Aufgrund der hohen Stufe der Evidenzsynthese umfasst der Overview eine breite Evidenzbasis. Dies kann als Kriterium dafür gewertet werden, die Ergebnisse als aussagefähig zu betrachten. Die Qualitätsbewertung nach Pieper et al. (2013)¹⁷³ zeigt aber, dass einige Qualitätskriterien, wie z. B. ein dezidierter Umgang mit diskordanten Systematic Reviews oder die Untersuchung der Überlappung der Studienpools nicht erfüllt werden und der Overview damit „nur“ im qualitativen Mittelfeld liegt. Trotzdem deckt der Overview Interventionen ab, die in den Systematic Reviews der

¹⁷¹ Vgl. Bewertung der Leitlinie durch Leitlinienwatch.de (160)

¹⁷² Vgl. Prüfung des Overviews auf eingeschlossene Systematic Reviews der Cochrane Collaboration (165)

¹⁷³ Vgl. Qualitätsbewertung des Overviews of Reviews (141)/Ergebnis der Qualitätsbewertung des Overviews nach Pieper et al. 2013 (164)

Cochrane Collaboration und in der AWMF-Leitlinie nicht untersucht wurden und ist somit für die vorliegende Arbeit ein wichtiger Beitrag.

Weiterhin soll angemerkt werden, dass der Empfehlungsgrad 0+ (unsichere Empfehlung, „Kann angeboten werden“) in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und in der AWMF-Leitlinie in den meisten Fällen aus einer unsicheren Evidenzlage resultiert. Das bedeutet, dass es wenig oder „schlechte“ Evidenz (die Qualität betreffend) für einen Effekt gibt. Es kann hier auch sein, dass es „gute“ Evidenz für einen unsicheren Effekt gibt. Allerdings ist diese Situation in den hier dargestellten Ergebnissen wesentlich weniger repräsentiert, als die davor beschriebene. D. h. also, dass der Empfehlungsgrad 0+ oftmals daraus resultiert, dass man den wahren Effekt bzw. die wahre Wirksamkeit nicht gut einschätzen kann.

Synthese der Ergebnisse

Zunächst fällt auf, dass eine Reihe von Interventionen, die unter die eingeschlossenen Artikel der FCTC subsumierbar ist, in Bezug auf die gefragten Outcomes nicht beforscht wurden¹⁷⁴.

In Bezug auf die zentralen Maßnahmen aus der FCTC (Kahnert et al. 2011: IX) scheint es also Interventionen zu geben, die eher im Rahmen von gesundheitsbezogenen Outcomes beforscht werden als andere.

Zudem gehören zu den nicht abgedeckten Interventionen diejenigen, die den Artikeln zugeordnet werden können, die außerhalb des Rahmens der zentralen Interventionen der FCTC liegen und die darüberhinaus eingeschlossen wurden¹⁷⁵.

Nicht abgedeckte Artikel der FCTC

Im Folgenden wird auf die nicht abgedeckten Artikel der FCTC und damit auf nicht abgedeckte Aspekte der Tabakkontrollforschung im Rahmen der hier eruierten Evidenzbasis eingegangen.

Artikel 9 und 10: „Regelungen bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen“ und „Regelungen bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse“

Hier bleibt offen, wie direkt und wie stark sich diese Interventionstypen in der Tabakprävention und in der Tabakentwöhnung auswirken. Auch wäre zu untersuchen, ob diese Interventionen einzeln wirksam sind oder eine bessere Wirkung in einem Maßnahmen-

¹⁷⁴ Vgl. S. 145 ff. („Folgende eingeschlossene Artikel der FCTC blieben somit weiterhin nicht abgedeckt: [...]).

¹⁷⁵ Vgl. Einbeziehung weiterer Artikel aus der FCTC (118 ff.)

bündel entfalten bzw. in welcher Kombination eine hohe Wirksamkeit erreicht werden kann.

Artikel 15: „Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen“

Im Rahmen des Artikels 15 kommen unterschiedliche Maßnahmen in Frage. Das sind z. B. Stärkung der Gesetzgebung, Kennzeichnungen auf Verpackungen (z. B. zur Berechtigung für den Verkauf im jeweiligen Inlandsmarkt, zur Herkunft des Produkts), Überwachung und Datensammlung für grenzüberschreitenden und illegalen Handel von Tabakprodukten, Inbeschlagnahme und Vernichtung bzw. Entsorgung von Tabakprodukten aus illegalem Handel, Lizenzierungen zur Kontrolle von Tabakproduktion und –vermarktung, Förderung der Kooperation zur Unterbindung des illegalen Tabakhandels (nationale Vertretungen, regionale und internationale zwischenstaatliche Organisationen) [WHO Framework Convention on Tobacco Control 2018: 51 – 52].

Auch hier ist die nicht beantwortete Frage, wie sich die Maßnahmen, die diesem Artikel zugeordnet werden können, in der Tabakprävention und –entwöhnung auswirken.

Artikel 17 und 18: „Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten“ und „Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit“

Diese Artikel beziehen sich auf Interventionen im Tabakanbau, in der Tabakproduktion und in der Tabakvermarktung (Kahnert et al. 2011: 32 – 33). Hier steht die Gesundheit der beteiligten Personengruppen im Fokus sowie durch ein reduziertes Angebot die Verbesserung der allgemeinen Bevölkerungsgesundheit, die alle passiven und aktiven Tabaknutzer umfasst.

In diesem Bereich überwiegt Forschung und Literatur, die Auswirkungen von Tabakanbau und Tabakproduktion auf die darin beteiligten Arbeiter untersucht und publik macht und die nach alternativen Anbaukulturen für Tabak sucht (vgl. Von Eichborn und Abshagen 2015). Bei letzterem ist es wahrscheinlich, dass im Bereich Landwirtschaft/Ökologie Forschungsergebnisse zu erwarten sind.

In Bezug auf gesundheitliche Aspekte wurde bereits 1975 festgestellt, dass Menschen in der Tabakernte von Symptomen betroffen waren, die als „Green Tobacco Sickness“ (GTS) bezeichnet werden (vgl. Gehlbach et al.: 1975). Der Cotinin-Gehalt im Urin stieg bei Personen, die den stärksten Kontakt zu Tabakpflanzen hatten, stark an (ebd.: 478). Personen, die von GTS betroffen sind, haben Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschwäche und Schwindel (McKnight und Spiller 2005: 602). Auch Kinder, die in der Tabakernte beschäftigt sind, sind davon betroffen (ebd.).

Gleichzeitig stellt Tabakanbau ein Hindernis für die soziale Entwicklung dar. So werden durch den Tabakanbau bspw. weniger Nahrungspflanzen für die Subsistenzwirtschaft von Familien in Entwicklungsländern angebaut und Frauen enteignet, die traditionell für die Nahrungsproduktion zuständig sind (Arcury und Quandt 2006: 78). Zudem geht die Beschäftigung von Kindern in der Tabakproduktion zu Lasten ihrer Bildung und die Geschlechtergerechtigkeit ist nicht ausreichend gewährleistet, da Frauen die meiste Arbeit leisten, die Bezahlung in der Regel aber an die Männer geht (Von Eichborn und Abshagen 2015: 19 – 21).

Weiterhin hat Tabakanbau vielfältige Auswirkungen auf die Umwelt. Hier kann z. B. genannt werden, dass Pestizide, Dünger und Chemikalien Flüsse und das Grundwasser verunreinigen, dass Meere durch Zigarettenstummel vergiftet sowie, dass Wälder durch die Ausweitung von Tabakmonokulturen abgeholzt werden (ebd.: 22 – 24).

Es wird deutlich, dass Tabakanbau und –produktion komplexe Auswirkungen auf die sozial-menschliche und auf die ökologische Entwicklung haben.

Die Zielsetzung im vorliegenden Kapitel der Arbeit ist es, Maßnahmen aufzuzeigen, die die Gesundheit aller beteiligten Zielgruppen im Sinne einer Unterlassung oder Verminderung der Nikotinaufnahme verbessern (oder auch verschlechtern). Dazu gehören auch Tabakarbeiter im Anbau und in der Produktion bzw. in der Vermarktung.

Es fehlen aber offensichtlich robuste Studien, die die gesundheitlichen Auswirkungen von Interventionen in den aufgezeigten Bereichen auf die breite Bevölkerung (in LMIC) untersuchen. Möglicherweise müssen in diesem Bereich einzelne sinnvolle gesundheitsbezogene Interventionsansätze erst noch entwickelt werden, die in Studien getestet werden können.

Artikel 20 und 21: „Forschung, Überwachung und Informationsaustausch“ und „Berichterstattung und Informationsaustausch“

Man kann Interventionen, die diesen beiden Artikeln zugeordnet werden können auch als Interventionen auf einer Metaebene über den Basisinterventionen verstehen. Trotzdem ist es denkbar, die Auswirkungen von Forschung, Berichterstattung und Informationsaustausch im Rahmen von Tabakkontrolle auf die gefragten Outcomes hin zu untersuchen. Beispielsweise könnte man sich fragen, ob diese Formen einer übergeordneten Unterstützung die Wirksamkeit der Interventionen verbessern können.

Mangel an Studien zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC

Die hier durchgeführte Untersuchung zeigt, dass Studien zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen selten in MIC und gar nicht in LIC durchgeführt werden. Das belegen

folgende Zahlen: Lediglich 2,8% der Primärstudien in der Datenextraktionstabelle wurden in MIC durchgeführt. Nach Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 3,41% der eingeschlossenen Primärstudien in MIC durchgeführt und die Primärstudien aus MIC in der AWMF-Leitlinie und im Overview sind, gemessen an der gesamten Datenbasis ebenfalls geringfügig. In der gesamten, hier dargestellten Evidenzbasis wurde keine Studie aus LIC identifiziert.

Man kann dies in einem Zusammenhang mit dem in der Literatur berichteten „10/90 gap“ betrachten. Dieser besagt, dass lediglich 10% der globalen finanziellen Mittel für Forschung für Krankheiten ausgegeben werden, die mehr als 90% der Weltbevölkerung betreffen (Vidyasagar 2006: 55). Mendis et al. (2003: 2246) haben herausgefunden, dass Entwicklungsländer (engl. Developing countries) drei Viertel der globalen kardiovaskulären Krankheitslast tragen, dass aber Publikationen zu diesen Krankheiten aus Entwicklungsländern in MEDLINE nur sehr geringfügig vertreten sind.

Die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Zahlen bestätigen dieses global un- ausgewogene Verhältnis. Da die Mehrzahl der Raucher weltweit in der Region der LMIC lebt (vgl. WHO 2019) kann man erwarten, dass dementsprechend eine hohe Zahl an Interventionsstudien in und von diesen Regionen durchgeführt werden müsste.

Bereits 1990 wurde in einem Bericht der „Commission on Health Research for Development“ die Forschungslandschaft in Entwicklungsländern beschrieben. Es wurde festgestellt, dass hier wesentliche Barrieren der Karriereentwicklung in der Forschung in schwachen Institutionen und in der Unberechenbarkeit der Verfügbarkeit von finanziellen Mitteln liegen. Nichtsdestotrotz war schon damals eine Forschungsgemeinschaft in vielen Ländern vorhanden, die gestärkt werden sollte. Zudem wurde gefordert, dass die Forschungsaktivitäten stärker auf die speziellen Bedürfnisse und Anforderungen der Entwicklungsländer abgestimmt werden sollten (The Commission on Health Research for Development 1990: 45 – 51).

In einem weiteren Bericht wurde bemerkt, dass von den wenigen Mitteln, die zur Forschung für gesundheitliche Probleme in Entwicklungsländern aufgewendet wurden, 58% aus entwickelten Ländern kommen sowie, dass davon nur ein geringer Anteil an die Entwicklungsländer weitergegeben wurde. Das bedeutet, dass ein Großteil der Forschung über gesundheitliche Probleme in Entwicklungsländern in entwickelten Ländern durchgeführt wird (Bryant und Harrison 1996: 40).

Die vorliegende Untersuchung legt nahe, dass hier in der Zwischenzeit für den Bereich der Tabakkontrolle keine wesentlichen Änderungen eingetreten sein dürften.

Vor diesem Hintergrund stellt es sich als fragwürdig heraus, dass in den behandelten Quellen, wie z. B. in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration Primärstudien aus unterschiedlichen Ländern und Weltregionen zusammengefasst werden und dass eher selten darauf eingegangen wird, dass Ergebnisse in einer Studie mit den spezifischen kulturellen bzw. regionalen Rahmenbedingungen zu tun haben, dass also Effekte dadurch mitbedingt oder verhindert werden können¹⁷⁶. Hier wäre es ratsam, die Übertragbarkeit von Studienergebnissen von einem in einen anderen Kontext stärker in den Vordergrund zu stellen. Ein Beispiel für eine dahingehende Methode ist das Stufenkonzept von Siebert (o.J.) zur Übertragung von internationaler Evidenz auf den Kontext des deutschen Gesundheitswesens im Rahmen von HTA.

In der hier vorliegenden Arbeit wird die eruierte Evidenzbasis als Grundlage für die Befragung von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit genutzt. Da keine ausreichenden und spezifischen Ergebnisse für die Region der LMIC vorliegen, müssen die Ergebnisse zunächst als allgemeingültig verstanden werden. Nichtsdestotrotz ist sich die Autorin darüber bewusst, dass in der Implementierung der Interventionen durch die deutsche Entwicklungszusammenarbeit in unterschiedlichen Regionen spezifische lokale und kulturelle Bedingungen und Gegebenheiten berücksichtigt werden müssen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evidenzrecherche unter dem Gesichtspunkt von einer möglichen Eignung oder Nicht-Eignung der untersuchten Interventionen für die Region der LMIC diskutiert. Hierfür wird auf außerhalb der Evidenzanalyse liegende Literatur zurückgegriffen.

Abwägungen zur Umsetzbarkeit der beforschten Tabakkontrollinterventionen in LMIC

In LMIC gibt es Faktoren, die dazu beitragen, dass oftmals die breite Bevölkerung gesundheitlich nicht adäquat versorgt werden kann. Hier stehen auf der Nachfrageseite besonders soziokulturelle und ökonomische Faktoren im Vordergrund, die verhindern, dass Gesundheitsdienste in Anspruch genommen werden. Auf der Angebotsseite werden die notwendigen Leistungen in vielen Ländern nicht zur Verfügung gestellt (vgl. O'Donnell 2007). Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Überlegungen darüber angestellt, wie sinnvoll und realitätsnah die Implementierung der untersuchten Tabakkontrollinterventionen für die Region der LMIC wahrscheinlich ist.

Im Sinne der Heterogenität der LMIC und der wirtschaftlichen Entwicklungsstadien der unterschiedlichen LMIC sind die Möglichkeiten und Bedingungen, Tabakkontrollinterven-

¹⁷⁶ Vgl. auch <https://training.cochrane.org/handbook/archive/v5.1/>: „12.3.3 Variation in context and culture“ (19.08.2020)

tionen umzusetzen sicherlich von Land zu Land sehr unterschiedlich. Dies hängt neben vorhandenen Ressourcen auch von der politischen Bereitschaft und damit mit dem Willen zur Umverteilung (engl. Redistribution) von erwirtschaftetem Reichtum durch (ökonomische) Entwicklungsprozesse auf staatlicher Ebene ab (Birn et al. 2009: 171; Sangmeister und Schönstedt 2010: 37). Das betrifft Länder wie Brasilien, China und Indien, die inzwischen selber zu Geberländern der Entwicklungszusammenarbeit geworden sind (Sangmeister und Schönstedt 2010: 145ff.). Ganz anders dürfte die Situation in den LIC zu beurteilen sein, wo die wirtschaftliche und soziale Entwicklung stärker von außen unterstützt werden muss (ebd.: 64).

Dass der Vergleich zwischen Gesamt- und Einzeltrend aus dem jeweiligen Systematic Review und den darin enthaltenen MIC-Studien (Tab. XX) ergibt, dass eine vollkommene Entsprechung nur bei der Hälfte der Systematic Reviews gegeben ist, weist darauf hin, dass hier mitunter deutliche Differenzen zwischen HIC und MIC bzw. zwischen den entsprechenden Studien gegeben sind. Allerdings scheint dieser Aspekt in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration bislang eher wenig beachtet zu sein¹⁷⁷. Die einzelnen Faktoren, die im Einzelnen zu einer unterschiedlichen Wirksamkeit der Tabakkontrollinterventionen in HIC und LMIC führen, liegen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung also in einer „Black Box“ und können hier nur ansatzweise und über Vermutungen und Plausibilitätsüberlegungen „umrissen“ werden.

Therapeutische Interventionen

Am Beispiel von verschiedenen psychischen Erkrankungen gibt es Hinweise darauf, dass Therapeutische Interventionen, trotz ihres weitgehenden methodischen Ursprungs in der „Westlichen Welt“ auch in LMIC wirksam sein könnten (vgl. Bolton et al. 2003; Cuijpers et al. 2019). Dabei erweisen sich besonders gruppentherapeutische Interventionen als kosteneffektiv. Diese Interventionsform sollte an den Kontext angepasst werden und kann eine Schulungskomponente für lokale Gruppenleiter enthalten. In Bezug auf interkulturelle Unterschiede muss z. B. berücksichtigt werden, dass die Offenheit, mit anderen über sensible Themen zu sprechen, unterschiedlich ausgeprägt sein kann (vgl. Bolton et al. 2003).

Möglicherweise wären therapeutische Tabakkontrollinterventionen, z. B. im Rahmen von NCD-basierten Primary-Healthcare (PHC) – Konzepten in LMIC umsetzbar. Bei PHC geht es darum, Gesundheitsbedarfen innerhalb lokaler Strukturen, Kontexte und Möglichkeiten gerecht zu werden (Birn et al. 2009: 79).

¹⁷⁷ Vgl. Vergleich zwischen Gesamt- und Einzelergebnis (182)

Beratung

Soliman (1991) beschreibt die Bedeutung von Humanressourcen und –expertise für den Entwicklungsprozess in LMIC (hier: „Entwicklungsländer“, engl. Developing Countries). In diesem Rahmen stellt er Beratung als Methode heraus, durch die das menschliche Potenzial in diesen Regionen gefördert werden kann. Lokale und traditionelle Beratungsformen sollen dabei nicht ersetzt, sondern integriert und ergänzt werden (ebd.: 10).

Es ist somit vorstellbar, dass Beratung zu Themen der Tabakkontrolle (Prävention und Kuration) kostengünstig und den lokalen Bedingungen gemäß in PHC-Programmen u. ä. implementiert werden kann.

Bildung, Schulung und Training

Bildung und Wissen werden als zentral für die menschliche Entwicklung wahrgenommen und haben somit im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit eine wesentliche Bedeutung (vgl. Tippelt 2010). Es ist davon auszugehen, dass hier eine breite Expertise im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit bereits vorliegt, auf die zurückgegriffen werden kann. Somit wären Bildungs-, Schulungs- und Trainingsinterventionen im Bereich von Tabakkontrolle in LMIC gut umsetzbar. Auch hier liegt eine Integration mit PHC-Initiativen u. ä. Programmen sehr nah.

Informationsmaterial und Selbsthilfe

Selbsthilfe (oder auch „Hilfe zur Selbsthilfe“, d. Verf.) kann Teil von Informationsmaterial sein oder aber als Komponente in therapeutische, beratende und bildungsbasierte Interventionen integriert werden.

Informationsmaterial und Selbsthilfe zur Tabakkontrolle bereitzustellen, ist wahrscheinlich in gesundheitlichen und PHC-Programmen in LMIC gut möglich und integrierbar. Hier ist es, wie auch bei anderen Interventionsformen unumgänglich, kulturelle und kommunikative lokale Faktoren zu berücksichtigen, um die jeweiligen Zielgruppen zu erreichen (Kahnert et al. 2011: 94 – 95 und 98).

Anreize

Bohnhardt und Bödeker (2016) beschreiben, dass extrinsische Anreize, wie Geldleistungen, Gutscheine oder Wettbewerbe kurzfristige Verhaltensänderungen bewirken können, aber eher nicht für das Erreichen langfristiger Verhaltensänderungen geeignet sind. Die Wirksamkeit von Anreizen in der Prävention und Gesundheitsförderung hängt laut den Autoren von Faktoren ab, die noch nicht ausreichend erforscht wurden. Z. B. wurde festgestellt, dass Personen, denen ihre Gesundheit wichtig ist, durch Anreize eher ange-

sprochen werden, als „Hochrisikotypen“ (ebd.: 375). Diese haben oftmals keine intrinsische Motivation, Gesundheitsangebote anzunehmen. Die Potenziale von Anreizen können laut den genannten Autoren am besten genutzt werden, wenn diese in Kombination mit anderen Strategien eingesetzt werden. So können Anreize einmalige Handlungen anregen, die durch weitere Maßnahmen zum Aufbau einer langfristigen intrinsischen Motivation sinnvoll sein können (ebd.: 372 – 376). Das spricht dafür, dass Anreize in der Tabakkontrolle grundsätzlich in Kombination mit weiteren Interventionen durchgeführt werden sollten.

Hier stellt sich die Frage, inwiefern es in wirtschaftlich sensiblen Settings sinnvoll und umsetzbar ist, monetäre Anreize zur Verfügung zu stellen. Vor diesem Hintergrund sind Anreize in LMIC aus Autorinnensicht eher schwer bis nicht umsetzbar. Andererseits kann es sein, dass in diesen Ländern bereits geringfügige materielle „Belohnungen“ eine vergleichsweise große Wirkung haben können. Auch alternative Anreizinstrumente sind denkbar.

Feedback über Biomarker

Bei dieser Interventionsform werden bildgebende Verfahren und weitere Tests verwendet, um den Tabakgebrauch bei Patienten sichtbar zu machen (vgl. Bize et al. 2012/Systematic-Review-Nr. 5). Fraglich sind aus Autorinnensicht die Kosten der Tests zur Bestimmung der jeweiligen Biomarker, inklusive der technischen Ausstattung und wer diese Kosten zu tragen hat. Gerade in LMIC dürfte dies dazu beitragen, dass die Interventionen schwer umsetzbar sind und eher nicht einer breiten Bevölkerung zugänglich gemacht werden können.

Rückfallprävention

Rückfallprävention ist im Rahmen von verschiedenen Tabakkontrollinterventionen, z. B. bei Therapeutischen Interventionen in LMIC umsetzbar. Hier kommt es darauf an, die Intervention nachhaltig zu gestalten und somit Mechanismen zu implementieren, durch die der Tabakgebrauch auch in Folge einer erreichten Abstinenz weiter beobachtet und kontrolliert wird. Tabakgebrauch, inklusive Rückfallprävention können integrierter Bestandteil von PHC-Initiativen u. ä. Programmen werden, so dass dies regelmäßig in alle Tabakkontrollaktivitäten mit einbezogen wird.

NET

Selbst in Deutschland, einem HIC ist die NET zurzeit nicht im Rahmen der GKV erstattungsfähig (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2019). Somit ist es aus Kostengründen eher unwahrscheinlich, dass die darunterfallenden Mittel für die breite Bevölkerung in LMIC in

naher Zukunft zum Einsatz kommen. Allerdings wird ein erleichterter Zugang zu Medikamenten („Pharmazeutische Produkte“) der Tabakentwöhnung in Artikel 14 der FCTC (Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums) ausdrücklich gefordert (Kahnert et al. 2011: 28). Zudem gibt es Hinweise, dass NET, insbesondere bei stark (biologisch) abhängigen Rauchern mit schweren Komorbiditäten wirksam sein würde (vgl. Batra 2000). Widersprüchlich ist hier, dass die Tabakabhängigkeit international bereits als Krankheit kodifiziert ist (vgl. Krollner und Krollner 2019), sie aber in einem Land wie Deutschland eher noch als Lebensstil oder Freizeitverhalten bewertet zu werden scheint (vgl. Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e. V., DGNTF, o.J.).

Denkbar wäre es zunächst, analog zu Deutschland u. a. europäischen Ländern NET-Mittel als Over-the-Counter (OTC) – Produkte über Apotheken auch in LMIC in erschwinglicher Weise zur Verfügung zu stellen. Hier würde den Apotheken eine besondere beratende und aufklärende Rolle in der Tabakentwöhnung zukommen (vgl. Deutsche Apotheker Zeitung 2002). Allerdings ist hier die Voraussetzung gegeben, dass ein stabiles Netz von Apotheken vor Ort existiert. Wenn dies nicht der Fall ist, müsste man dafür sorgen, dass dies ebenfalls etabliert wird.

Medikamente zur Tabakentwöhnung

Im Folgenden wird auf die Medikamente Bupropion und Vareniclin zur Tabakentwöhnung eingegangen. Diese sind als die zwei Mittel hervorzuheben, die in Studien gut untersucht sind und die unter Vorbehalt¹⁷⁸ als wirksam herausgestellt werden können sowie, die in Deutschland zur Tabakentwöhnung zugelassen sind (DKFZ o.J.).

Eine Untersuchung der UAW von Bupropion erfolgte 2009 nach der Marktzulassung in den USA und führte dazu, dass die US-Bundesbehörde zur Lebens- und Arzneimittelüberwachung (engl. US Food and Drug Administration, FDA) Warnhinweise auf Beipackzetteln vorschrieb. Es gab Hinweise auf Stimmungs- und Verhaltensänderungen in Folge der Einnahme des Medikaments. Allerdings wird in einem Sicherheitshinweis von 2016 darauf hingewiesen, dass aufgrund einer großen, von Medikamentenherstellern durchgeführten Studie die FDA zu dem Schluss kommt, dass der Nutzen in der Tabakentwöhnung das Risiko für UAW überwiegt (FDA 2016). Aus einer Pharma-kritischen Haltung heraus könnte man sich hier fragen, inwiefern das Studienergebnis aufgrund der Studiendurchführung als verzerrt betrachtet werden sollte.

Die beschriebene Untersuchung der FDA (2016) und deren Ergebnisse beziehen sich

¹⁷⁸ Wie bereits beschrieben, werden diese Medikamente von der DEGAM kritisiert [d. Verf.].

auch auf Vareniclin.

Die Sicherstellung des Zugangs zu Medikamenten ist aufgrund ihrer hohen Kosten eine „komplexe Herausforderung“ für LMIC (Merson et al. 2012: 707). In Bezug auf Tabakentwöhnungsmedikamente kommt erschwerend hinzu, dass diese in einem Land wie Deutschland nicht GKV-erstattungsfähig und in Teilen umstritten sind (vgl. AWMF 2015a). Daher ist es eher unwahrscheinlich, dass sie in naher Zukunft einer breiten Bevölkerung in LMIC zugänglich gemacht werden können. Betrachtet man dies unter dem Aspekt der Tabakrauchbelastung und sich daraus entwickelnder Folgeerkrankungen und frühzeitiger Mortalität in LMIC (vgl. WHO 2019) kann dies aber sicherlich auch kritisch gesehen werden.

Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs

Hypnotherapie wurde 2006 in Deutschland vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie für Erwachsene in den Bereichen „psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten“ und „Abhängigkeit und Missbrauch“ anerkannt (vgl. Rudolf und Schulte 2006)¹⁷⁹. Allerdings wird die Behandlung in Deutschland nur in Ausnahmefällen von der GKV übernommen (DGH o.J.).

Es ist eher unwahrscheinlich, dass sich Interventionsformen, wie Akupunktur, Akupressur oder Lasertherapie in LMIC durchsetzen, da die Ergebnisse in Bezug auf die Wirksamkeit nicht zufriedenstellend sind und die Methoden eher außergewöhnlich erscheinen. Es wäre auch ökonomisch nicht sinnvoll, die knappen Ressourcen von und für LMIC für nicht effektive Interventionen auszugeben. Möglicherweise sind Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs in einigen LMIC-Regionen gängig, wie z. B. in China im Rahmen der Traditionellen Chinesischen Medizin (White et al. 2014: 5/Systematic-Review-Nr. 64). Im Fall von erwiesenermaßen schadhaften Interventionen müssten Bevölkerungen in LMIC aber aufgeklärt bzw. geschützt werden.

Medien

Für die Umsetzung von Massenmedialen Kampagnen ist es von Bedeutung, diese so zu gestalten, dass sie Erfolge zeigen. Hier wird in der FCTC (Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 12: Aufklärung, Information, Schulung und Sensibilisierung des öffentlichen Bewusstseins) z. B. darauf aufmerksam gemacht, dass Kampagnen an die Bedürfnisse von bestimmten Zielgruppen angepasst sein müssen oder dass durch „traditionelle Kommunikationsansätze“ auch „ländliche Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkom-

¹⁷⁹ Deshalb wäre eine alternative Zuordnung zu den Therapeutischen Interventionen im hier entwickelten Kategoriensystem evtl. möglich gewesen [d. Verf.].

men in Entwicklungsländern“ erreicht werden können (Kahnert et al. 2011: 98). Es wird auch beschrieben, dass die Einbindung von NRO und der Zivilgesellschaft in die Kampagnenentwicklung sinnvoll sein kann. Die Zivilgesellschaft umfasst NRO und weitere Organisationen, wie beispielsweise Stiftungen, Berufsverbände, private Körperschaften, Universitäten, Lehr- und Ausbildungseinrichtungen oder Gesundheitsversorgungseinrichtungen (ebd.: 98 und 105).

Es wird deutlich, dass hier ein kontinuierlicher Forschungs- und Evaluierungsbedarf besteht, um die Wirksamkeit der Kampagnen zu überprüfen und diese gegebenenfalls an zuvor noch nicht bekannte oder neue Gegebenheiten und Bedürfnisse anzupassen.

Aus der Beschreibung geht hervor, dass die Interventionsform bereits aus der FCTC einen eindeutigen Bezug zur Region der LMIC aufweist. Das legt nahe, dass diese Interventionsform hier gut umgesetzt werden kann bzw. sollte. Es wird in der Literatur beschrieben, dass aufwändige Kampagnen mit hohen Kosten verbunden sein können, die unter Umständen von internationalen Organisationen (mit) getragen werden müssen (Abdullah und Husten 2004: 628). Zudem wird beschrieben, dass Kampagnen in LMIC in einen breiteren Rahmen von weiteren tabakbezogenen Interventionen eingebunden sein sollten (Wakefield et al. 2010 zitiert in: Sood et al. 2014: 81).

Gesetze und Verbote

Faktoren, die bei der Umsetzung von Gesetzen und Verboten beachtet werden müssen sind laut FCTC (Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 8: Schutz vor Passivrauchen) u. a. eine genaue Definition der Begriffe, auf die sich das jeweilige Verbot bezieht; ein Schutz der Verbote vor Ausnahmen; die Einbeziehung der Beteiligten an der Ausarbeitung der Gesetze und die Durchsetzung der Gesetze und Verbote (Kahnert et al. 2011: 60 – 66).

Auch in diesem Bereich sind begleitende Forschung und Evaluierungen notwendig, u. a. um festzustellen, ob die Maßnahmen Indikatoren wie z. B. die Belastung durch Tabakrauch an öffentlichen Orten und am Arbeitsplatz oder Sterberaten und Krankheitsziffern auf Grund von Passivrauch verbessern (ebd.: 65 – 66).

Es gibt, international gesehen, eine Tendenz dahingehend, Gesetze und Verbote zum Schutz vor Tabakrauch von geschlossenen öffentlichen Räumen auf offene öffentliche Räume, wie z. B. Parks, Touristenattraktionen oder Spielplätze auszuweiten. Zudem gibt es inzwischen Länder, wie Finnland, Frankreich und Luxemburg, in denen das Rauchen im Auto, wenn Minderjährige anwesend sind, verboten ist. Auch gibt es Bestrebungen, bestehende Gesetze auf neue Tabakprodukte auszuweiten (WHO Framework Conventi-

on on Tobacco Control 2018: 27 – 29).

Die Rolle des Rechts in den Partnerländern zu stärken, ist ein Ziel deutscher Entwicklungszusammenarbeit (BMZ 2010 – 2020a). Das Beispiel der kanadischen Organisation HealthBridge¹⁸⁰ zeigt, dass die Gesetzesumsetzung im Rahmen von Tabakkontrolle in Projekten der Entwicklungszusammenarbeit unterstützt werden kann. In einem Projekt wurde die Umsetzung der neuen Tabakkontrollgesetzgebung in 2013 bis Ende 2014 in Vietnam unterstützt. In einem weiteren Projekt wurden von 2015 bis 2017 rauchfreie Restaurants in Hanoi (ebenfalls Vietnam) gefördert, indem die Akzeptanz der Gesetzesumsetzung und die Gesetzesumsetzung selber gestärkt wurden (vgl. HealthBridge 2020).

Produktbezogene Interventionen

In diesem Abschnitt werden die produktbezogenen Interventionen aus der Ergebnistabelle im Hinblick auf ihre Eignung für die Region der LMIC diskutiert.

Elektronische Zigarette

Zwar gibt es Hinweise für die Wirksamkeit der Elektronischen Zigarette in der Tabakentwöhnung aus einem Systematic Review der Cochrane Collaboration (Nr. 40), aber in der AWMF-Leitlinie wird davon abgeraten. Wie bereits beschrieben, sind elektronische Zigaretten umstritten. Laut WHO (2020c) und der „American Lung Association“ (2019) konnte inzwischen bewiesen werden, dass elektronische Nikotinabgabesysteme schädlich sind.

Der Gebrauch von elektronischen Zigaretten und anderen neuen Tabakprodukten nimmt weltweit zu (WHO Framework Convention on Tobacco Control 2018: 73).

Als problematisch gelten laut Kolenda und Kronshagen (2019: 517 – 518)¹⁸¹ u. a. folgende zwei Aspekte von elektronischen Zigaretten:

- Es ist nicht geklärt, ob der häufig vorkommende duale Gebrauch von Zigaretten und elektronischen Zigaretten zu einer Aufgabe des Zigarettenrauchens führt. Der duale Konsum ist möglicherweise gesundheitsschädigender, als nur Zigaretten zu rauchen.
- Besonders bei Jugendlichen und jungen Menschen unter 20 Jahren ist ein steigender Konsum von E-Zigaretten und E-Shishas zu beobachten. Hier könnte das Risiko gegeben sein, dass dadurch der Einstieg in einen langfristigen Nikotin- und Tabakgebrauch geebnet wird. Das teilweise in den Produkten vorhandene Nikotin

¹⁸⁰ <https://healthbridge.ca/> (31.01.2020)

¹⁸¹ Die Angaben beziehen sich auf Deutschland [d. Verf.].

kann eine Abhängigkeit hervorrufen.

Aus den genannten Gründen sollte die Elektronische Zigarette in LMIC eher nicht zum Einsatz kommen. Hier wäre vielmehr zu überlegen, wie die Bevölkerung in LMIC vor einem Markteintritt entsprechender Produkte effektiv geschützt werden kann.

Aus einer anderen Perspektive betrachtet, haben elektronische Zigaretten den Vorteil, dass sie zumindest weniger schädlich als Zigaretten sind und werden aus diesem Grund für die Tabakentwöhnung empfohlen. Eine differenzierte Betrachtung findet man z. B. bei Janel et al. (2020).

Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten

Umfangreiche Hinweise zur Gestaltung, zum Inhalt der Aussagen, zur Entwicklung wirksamer Anforderungen an Verpackung und Etikettierung und zur Durchsetzung (u. a.) werden in der FCTC (Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 11: Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen) gegeben (Kahnert et al. 2011: 81 – 91).

In einer wissenschaftlichen Untersuchung des Deutschen Bundestages (2017: 15) zur Wirksamkeit von bildlichen Warnhinweisen auf Zigarettenverpackungen kommt dieser zu dem Schluss: „Länderübergreifend geht aus den Studien hervor, dass bildliche Warnhinweise aufgrund der einprägsamen, emotionalen Wirkung effizienter sind als textliche Warnhinweise. Insbesondere die Wahrnehmung bezüglich der möglichen schweren gesundheitlichen Folgen des Rauchens werde hierdurch verstärkt und erreichen auch Raucher mit einem niedrigen sozioökonomischen Status.“ Die Frage, ob ausschließlich die „Schockbilder“ zur Verringerung des Tabakgebrauchs beitragen oder ob hier auch andere gleichzeitige Interventionen, wie Preise und Steuern eine Rolle spielen, wurde dabei jedoch nicht geklärt (ebd.). Hier scheint somit noch Forschungsbedarf zu bestehen.

Laut der WHO Framework Convention on Tobacco Control (2018, S. 34 – 36) hat die durchschnittliche Implementierung von Artikel 11 der FCTC im Zeitraum zwischen 2016 und 2018 am stärksten zugenommen. Es wird beschrieben, dass die Tabakindustrie in einigen Ländern unter Verweis auf „geistiges Eigentum“ auf dem Rechtsweg versucht habe, gegen Warnhinweise und „Plain packaging“ vorzugehen.

Man kann also davon ausgehen, dass auch in den LMIC die Implementierung des Artikels 11 der FCTC in den letzten Jahren zugenommen hat. Allerdings hängt die Durchsetzung dieser Maßnahmen von der Robustheit staatlicher Strukturen ab (vgl. Hiilamo und Glantz 2015). Somit sind Interventionen zur Gestaltung der Tabakverpackung für LMIC geeignet und bedürfen möglicherweise einer Unterstützung durch internationale Organisationen.

Gesundheitssystembasierte Interventionen

Bei den *gesundheitssystembasierten Interventionen* steht die Frage im Raum, welche systemseitigen Interventionen den Tabakgebrauch der Bevölkerung verhindern oder stoppen können und wie damit zur Verbesserung der Gesundheit beigetragen werden kann. Hier überwiegen die positiven Empfehlungen, so dass man von einer Wirksamkeit in HIC ausgehen kann.

Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften

Besonders aus der AWMF-Leitlinie geht hervor, dass die Weiterbildung von Fachkräften im Bereich der Förderung des Rauchstopps und von therapeutischen Interventionen zur Entwöhnungsbehandlung eine große Bedeutung hat.

Wie bereits bei „Bildung, Schulung und Training“ erwähnt, trägt Bildung wesentlich zur menschlichen Entwicklung bei. Dem Bereich der Fachkräfteweiterbildung wird im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit eine hohe Bedeutung beigemessen (vgl. Tippelt 2010). Die Weiterbildung von Fachkräften im Bereich der Tabakprävention und –kontrolle in LMIC kann somit als essenziell und machbar verstanden werden. Hier wäre wiederum eine Verbindung zum Konzept von PHC denkbar, indem weitergebildete Fachkräfte ihr Wissen im Rahmen von lokalen Kontexten weitergeben und damit möglicherweise einen Multiplikatoreffekt (Altgeld und Kickbusch 2012: 232- 233) erzeugen können.

Patientenbasierte finanzielle Interventionen

Auch patientenbasierte finanzielle Interventionen, die den Zugang zu Tabakentwöhnungstherapien erleichtern sollen, erweisen sich in der vorliegenden Datengrundlage als wirksam. Als kritisch ist in diesem Zusammenhang die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 28.05.2019 zu sehen, durch die Arzneimittel und Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung in Deutschland weiterhin aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen bleiben (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2019).

In der FCTC (Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 14: Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und Aufgabe des Tabakkonsums) wird dazu geraten, „spezialisierte Angebote für die Behandlung der Tabakabhängigkeit“ (Kahnert et al. 2011: 129) zur Verfügung zu stellen und den Zugang dazu durch keine oder tragbare Kosten zu erleichtern. Es wird deutlich, dass bei Entscheidungen, wie die Aufnahme von Arzneimitteln und therapeutischen Verfahren in den Leistungskatalog der GKV in Deutschland, unterschiedliche Interessen eine Rolle spielen und dass in der Praxis eine in Studien erwiesene Wirksamkeit nicht das alleinige Kriterium für die

Implementierung einer Maßnahme ist.

Wahrscheinlich ist aus Autorinnensicht, dass sich in der Entscheidung des Bundessozialgerichts ausdrückt, dass Raucherentwöhnungsmedikamente in Deutschland umstritten sind und dass die GKV finanziell nicht belastet werden sollte. Letzteres ist vor dem Hintergrund der hohen, durch Rauchen und damit im Zusammenhang stehenden Folgeschäden verursachten Kosten (Effertz 2015: 315) sicherlich hinterfragbar.

Wie bereits erläutert, stellt die Sicherstellung des Zugangs zu Medikamenten und Therapien in LMIC eine Herausforderung dar, die im Bereich der Tabakkontrolle wahrscheinlich noch mit zusätzlichen Hürden verbunden ist, da Tabakgebrauch in der öffentlichen und globalen Wahrnehmung wahrscheinlich mehrheitlich (noch?) eher ein Freizeitverhalten oder Ausdruck eines bestimmten Lebensstils, als ein krankhaftes und zu therapierendes Verhalten darstellt¹⁸².

Anbieterbasierte finanzielle Interventionen

Finanzielle Interventionen, um Anbieter von Tabakentwöhnung für diese Form der Behandlung zu belohnen, zeigen dagegen keinen Effekt auf das Rauchverhalten und werden deshalb im Overview als „wahrscheinlich nicht wirksam“ (Hoffman und Tan 2015: 4) bezeichnet. Es kann sein, dass der Effekt dieser Interventionsformen auf das Rauchverhalten schwer untersuchbar ist, d. h., dass man hier den Zusammenhang schwer messen kann.

In fragilen Gesundheitssystemen ist es wahrscheinlich noch schwieriger, diese Interventionsform zu implementieren als in HIC, also Anbieter für Erfolge in der Tabakprävention oder –entwöhnung zu belohnen. Dazu müsste die Tabakprävention und –kontrolle zuerst nachhaltig in vorhandene Systeme integriert worden sein.

Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen

Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen, insbesondere Steuern, sind eine weitgehend etablierte Maßnahme der Tabakkontrolle (Jha et al. 2006: 599). Auch im Overview sind sie die am zweitstärksten wirksame Maßnahme.

Weltweit nimmt die Zahl der Länder, die Tabaksteuern erheben, zu und einige davon planen weitere Erhöhungen. Ausbaufähig ist dagegen die ausdrückliche Verwendung der Steuereinnahmen für Public-Health-Maßnahmen durch sogenannte zweckgebundene Steuern (engl. „Earmarked Taxes“). Die nationale Berichterstattung über die jeweiligen Tabakpreise und –besteuerungen ist ebenfalls verbesserungswürdig (WHO Framework

¹⁸² Vgl. S. 223/314

Convention on Tobacco Control 2018: 21 – 26).

Hier gibt es also Verbesserungspotenzial und damit auch einen Bedarf für weitere Forschung und Evaluation.

Die Erhebung von Steuern auf Tabakprodukte ist für LMIC von großer Bedeutung, da dadurch gewonnene Mittel für Public-Health-Maßnahmen allgemein oder Tabakkontrollinterventionen im Speziellen verwendet werden können. Die BMGF ist ein prominentes Beispiel dafür, dass die Erhebung von Steuern auf Tabakprodukte im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit unterstützt werden kann (vgl. BMGF 1999 – 2020a).

Interventionen zur Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring

In den Leitlinien für die Durchführung von „Artikel 13 – Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabaksponsoring“ der FCTC (Kahnert et al. 2011: 108) wird beschrieben, dass diese Form der Verbote eine große Reichweite haben müssen, um effektiv zu sein. Wenn nur eine Werbeform verboten wird, kann die Tabakindustrie auf andere ausweichen. In einer Studie von Blecher (2008) wurde gezeigt, dass auch in LMIC (hier engl. „developing nations“) im Vergleich mit HIC umfassendere Verbote effektiver sind, als partielle. Partielle Verbote wirken sich allerdings in LMIC vergleichsweise stärker aus als in HIC. Das wird mit einer erhöhten Sensibilität gegenüber Tabakkontrollinterventionen in diesen Regionen erklärt.

In diesem Zusammenhang ist es bezeichnend, dass sich ein umfassendes Werbeverbot, wie in der FCTC gefordert, in der deutschen Politik erst im Jahr 2019 durchgesetzt hat und ab 2022 in Deutschland implementiert werden soll. Das betrifft die Plakatwerbung für klassische Tabakprodukte, die in Deutschland als letztem EU-Land noch zugelassen ist. Sukzessive soll sich das Verbot in den nach 2022 folgenden Jahren auch auf die Außenwerbung für Tabakerhitzer und E-Zigaretten ausweiten. Ab 2021 soll das Verbot auch Kinowerbung für Jugendliche unter 18 Jahren betreffen. Auch hier ist Deutschland das letzte EU-Land, in dem diese Form der Werbung noch zugelassen ist (vgl. ARD-aktuell/tagesschau.de 2019).

Ein umfassendes Verbot, das Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring umfasst, haben ein Drittel der Vertragsparteien der FCTC noch nicht umgesetzt. In einigen Ländern wurden umfassende Verbote für „verfassungswidrig“ befunden. Größere Defizite bestehen weltweit bei Verboten von grenzüberschreitenden Werbeaktivitäten der Tabakindustrie. Fortschritte bestehen dagegen in der Einbeziehung von neuen Tabakprodukten in die Verbote (WHO Framework Convention on Tobacco Control 2018: 43 – 45).

Der politische Diskurs zu einem umfassenden Tabakwerbeverbot in Deutschland hat

gezeigt, dass hier die Tabakindustrie bis heute versucht, diese Form des staatlichen Eingriffs zum Schutz der Bevölkerungsgesundheit mit fragwürdigen Argumenten zu verhindern (vgl. ARD-aktuell/tagesschau.de 2019). Hier wird deutlich, mit welchen Widerständen bei der Durchsetzung solcher Regelungen zu rechnen ist. In vielen LMIC mit fragilen Systemen dürfte die Umsetzung dieser Interventionsform gegen Interessen der Tabakindustrie daher noch schwieriger sein. Deshalb wäre es erforderlich, dass hier eine Unterstützung über internationale Organisationen und Entwicklungszusammenarbeit erfolgt.

In diesem Rahmen ist zu erwähnen, dass die Tabakindustrie in mehreren Fällen über Klageverfahren im Kontext von Freihandelsabkommen versucht, gegen staatliche Tabakkontrollinterventionen vorzugehen. Hier sind u. a. LMIC betroffen, die Unterstützung brauchen, um die Gesundheitsinteressen ihrer Bevölkerungen dagegen zu schützen (vgl. Graen 2015).

Stärken und Schwächen der Methodik

Die Stärke der Analyse im vorliegenden Kapitel liegt in der Größe und Komplexität der untersuchten Informationsbasis (Anzahl der Primärstudien) und in der Herausstellung der wesentlichen Tendenz zur Beantwortung der gestellten Forschungsfrage. Durch die Kombination von Datenquellen (Cochrane, AWMF, Hoffman und Tan 2015 und Nachrecherche in PubMed und Epistemonikos) sind die Voraussetzungen gegeben, um einen umfassenden Eindruck von der Evidenzlage zu gewinnen. Es wurde ein System entwickelt, um die genannten Datenquellen zu integrieren und Empfehlungsgrade abzuleiten. Die Schritte dazu wurden systematisch und transparent hergeleitet und erklärt. In einem mehrstufigen Verfahren wurde eine übersichtliche Tabelle entwickelt, aus der ersichtlich wird, welche Tabakkontrollinterventionen untersucht und in Abstufungsgraden tendenziell wirksam bzw. zu empfehlen sind. Dabei wurden sehr unterschiedliche Informationen integriert, die z. B. Studiendesigns, Outcomes oder Zielgruppen betreffen. Es wurde angestrebt, das Wesentliche in Bezug auf die Forschungsfrage herauszustellen.

Somit wurde auf der Grundlage einer sicheren Evidenzbasis ein Überblick über sehr viele Maßnahmen geliefert. Zudem wurde versucht, aus den Ergebnissen der Systematic Reviews Empfehlungen abzuleiten und ein Überblick über die Studienlage zu Tabakkontrollinterventionen in LMIC gegeben. Eine Extrapolation der Ergebnisse, die sich im Wesentlichen auf HIC bezogen, auf LMIC wurde ansatzweise vorgenommen.

Aggregationsebene, Konzentration auf Abstracts und Qualitätsbewertung

Wie auch bei Hoffman und Tan (2015: 8) erwähnt wird, gehen bei einer Arbeit wie der vorliegenden, in welcher Informationen auf einem hohen Niveau aggregiert werden, In-

formationen auf der Ebene der zugrundeliegenden Studien verloren. Was genau in jeder einzelnen Primärstudie gemacht wurde, liegt im Rahmen dieser Arbeit weitgehend in einer „Black Box“ und fließt nicht in jedem Fall in die Arbeit ein. Mehr oder weniger genau sind Informationen dazu in der Beschreibung der Einzelstudien in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration einsehbar, lassen aber immer wieder auch Fragen offen.

Bei der AWMF-Leitlinie und dem Overview müsste man zur Überprüfung der Primärstudien eine Nachrecherche nach den eingeschlossenen Quellen durchführen. Es stellte sich im Laufe der Arbeit aber heraus, dass es bei allen einbezogenen Datenquellen nicht zielführend war, sich zu sehr bei den Details auf der Ebene der Einzelstudien aufzuhalten und dass zur Bewältigung der Masse an Informationen in einem gewissen zeitlichen Rahmen eine Beschränkung auf das Wesentliche notwendig war. Aus diesem Grund erfolgte bei den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration eine Konzentration auf einzelne Abschnitte, aus denen die Daten extrahiert wurden. Der Schwerpunkt der Datenextraktion lag somit auf den Abstracts der Systematic Reviews. Allerdings wurde bei ungeklärten Fragen der Volltext gesichtet.

Auch wenn bei dem beschriebenen Verfahren einzelne Informationen in die vorliegende Untersuchung nicht einbezogen wurden, ist dennoch zu erwarten, dass das Ziel, das Wesentliche zu erfassen, erreicht wurde. Es fand eine Konzentration auf Systematic Reviews der Cochrane Collaboration statt, da hier ein standardisiertes Vorgehen zur Erstellung derselben besteht und weil dies eine Prüfung und Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Primärstudien umfasst. Aus diesem Grund wurde von einer separaten Qualitätsbewertung abgesehen.

Abgrenzung der Interventionen und begriffliche Klarheit

Ein mit der hohen Aggregationsebene der Evidenz im Zusammenhang stehendes Problem ist die Abgrenzung der Interventionen und ihre theoretische Fundierung. Das bedeutet, dass bei einer Evidenzbasis mit hohem Aggregationsniveau nicht im Einzelnen geprüft werden kann, ob Begriffe, die für bestimmte Interventionskonzepte, -methoden oder -theorien stehen, immer korrekt verwendet wurden. Letzteres kann aber dazu beitragen, die Glaubwürdigkeit von Ergebnissen zu steigern, weil dann z. B. nachvollziehbar wird, ob Outcomeparameter dem Wirkmechanismus überhaupt gerecht werden (Rychetnik et al. 2002: 122).

Bei der Abgrenzung der Interventionen voneinander wurde nach Begriffen unterschieden. Dabei wurde davon ausgegangen, dass ein Begriff immer dieselbe Intervention meint. Allerdings ist es möglich, dass Begriffe über viele unterschiedliche Primär- und

Sekundärstudien hinweg unterschiedlich verwendet werden. Das ist auf der Ebene der Aggregation, wie sie hier vorliegt, nicht eins zu eins zurückverfolg- und abbildbar. Die begriffliche Einheitlichkeit in Bezug auf dahinterstehende Konzepte und Theorien wurde in den behandelten Quellen, vor allem aber in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration nicht geprüft. Es ist aber davon auszugehen, dass auch in Fällen, in denen in den Systematic Reviews Begriffe für Interventionen verwendet wurden, ohne dass zuvor geprüft worden war, ob das dahinterliegende Konzept damit wirklich getroffen wurde, trotzdem das Thema einigermaßen richtig erfasst und Interventionen somit den Begriffen grundsätzlich richtig zugeordnet wurden.

Es muss aber bei der Interpretation der Ergebnisse auch dazwischen unterschieden werden, ob die Intervention an sich, d. h., das dahinterliegende Konzept oder die dazugehörige Theorie erfolgsversprechend oder nicht erfolgsversprechend ist oder ob die jeweiligen Ergebnisse eher mit einer angemessenen oder unangemessenen Durchführung der Intervention zu tun haben (ebd.: 119). Dies herauszuarbeiten war in dem hier geschilderten Forschungsprozess ebenfalls kaum möglich. Das liegt daran, dass hier eine Rückverfolgung der Ergebnisse auf die Einzelstudien erforderlich gewesen wäre.

Eine grundsätzliche Definition, was mit der jeweiligen Intervention oder „Interventionsklasse“ in dem jeweiligen Systematic Review gemeint ist, wird in der Extraktionstabelle und in der vorläufigen Ergebnistabelle aufgeführt. Daraus wird z. B. deutlich, dass in Systematic-Review-Nr. 3 „Psychosocial Interventions“ als Oberbegriff genutzt wird, um verschiedene Interventionen, wie „Behavioural therapeutic intervention“, „Telephone support“ und „Self-help intervention“ zusammenzufassen. Es werden auch Begriffe wie „Social-behavioural therapy“ (SR-Nr. 4), „Behavioural intervention“ (Systematic-Review-Nr. 44), „Behavioural support“ (SR-Nr. 53) oder „Mood management“ (Systematic-Review-Nr. 63) verwendet. Was sich in den einzelnen Studien ganz genau hinter diesen Begriffen verbirgt, liegt innerhalb der „Black Box“.

Aus den Systematic Reviews heraus wird aber deutlich, welche Interventionsformen in etwa gemeint sind. Einzelne therapeutische Verfahren werden z. T. benannt. In einigen Systematic Reviews bleibt dagegen offen, welche Verfahren genau, z. B. in der „Group therapy“, in der „Behavioral therapy“ oder im „Counselling“, angewendet wurden. In den Ergebnistabellen werden so möglicherweise Interventionen voneinander abgegrenzt, die gleich oder ähnlich sind (z. B. „Behavioural interventions“ und „Counselling“). Allerdings war es hier die Intention, eine Differenzierung nach den vorhandenen Begriffen vorzunehmen, weil in diesem Schritt die einzelnen Interventionsergebnisse untersucht werden sollten. Man könnte hier aber auch sicherlich in vielen Fällen von „Interventionskompo-

nenten“ sprechen.

Dass mit gleichen oder ähnlichen Begriffen für Interventionen nicht immer dasselbe gemeint wird, zeigt auch das Beispiel der „Incentives“. Die Interventionen zu Anreizen bei Cochrane scheinen z. B. eher auf der Ebene von Institutionen oder Organisationen lokalisiert zu sein (Anreize für an Schizophrenie Erkrankte, Kinder und Jugendliche). Dagegen werden Anreize bei Hoffman und Tan (2015) als regierungsbasierte Intervention untersucht. Die Anreize in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration wären dann möglicherweise als Interventionen, die auf Regierungsebene geplant und auf lokaler Ebene umgesetzt werden, mit den Anreizen bei Hoffman und Tan (2015) vereinbar.

Abgrenzung der Kontrollen

Auch die Abgrenzung der Kontrollen gestaltete sich zum Teil als schwierig. So wurde festgestellt, dass die Begriffe „Usual care“ und „Minimal intervention“ nicht immer klar voneinander zu unterscheiden waren. Es konnte festgestellt werden, dass Kontrollinterventionen, die in einer Primärstudie als „Usual care“ bezeichnet, in einer anderen als „Minimal intervention“ klassifiziert wurden oder aber gar keinen der beiden Oberbegriffe erhielten.

Wie beschrieben¹⁸³, wurde der Vergleich zwischen einer (Haupt-) Intervention in Kombination mit einer weiteren Intervention und einer Kontrolle in Form der zweiten Intervention mit einem Vergleich einer Intervention mit keiner Intervention gleichgesetzt. Das stellte sich im Nachhinein als nicht plausibel dar, da Interaktionseffekte zwischen den beiden Interventionen in der Interventionsgruppe berücksichtigt werden müssen. Somit wurden hier Ergebnisse eingeschlossen, die eigentlich aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien bei den Kontrollen hätten ausgeschlossen werden müssen.

Die Abgrenzung der Kontrollen ist also mit einigen „Unschärfen“ verbunden. Man kann aber davon ausgehen, dass die wesentlichen Trends in den Ergebnissen doch einigermaßen treffend wiedergegeben werden.

Kategorisierung der Interventionen

Den Rückfallpräventionsprogrammen wurde in der Ergebnistabelle unter den Individualinterventionen eine eigene Kategorie gegeben. Allerdings sind „Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe“ bei der AWMF Komponente einer „Verhaltenstherapeutischen Behandlung“. Auch „Psychoedukation“ ist bei der AWMF eine Komponente einer „Verhaltenstherapeutischen Behandlung“. In der Ergebnistabelle wurde „Gesundheitliche Aufklärung“ allerdings als einzelne Intervention der Kategorie „Individualinterventio-

¹⁸³ Vgl. unter Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien (130)

nen/Bildung, Schulung und Training“ zugeordnet. Wie angedeutet¹⁸⁴, könnte Hypnotherapie, die in der Ergebnistabelle den alternativen Verfahren zugeordnet wurde, alternativ möglicherweise auch den Therapeutischen Interventionen zugeordnet werden. In der vorläufigen Ergebnistabelle (Anhang IV) wird in Fußnotenform auf weitere alternative Zuordnungsmöglichkeiten eingegangen. Hier zeigt sich, dass das beschriebene Kategoriensystem¹⁸⁵ unter einem anderen Gesichtspunkt auch anders hätte gestaltet und einzelne Interventionen anders hätten zugeteilt werden können.

In dem vorliegenden Kategorisierungssystem wurde das Ziel verfolgt, die einzelnen Interventionen so differenziert wie möglich darzustellen, um damit die Bandbreite von allen möglichen Interventionen auf Basis der FCTC abzudecken.

Mehrebeneninterventionen

In einigen Systematic Reviews (z. B. Nr. 3, 5, 6, 16, 24, 37, 43) wurden Interventionen eingeschlossen, die in der Realität in Kombination mit weiteren Interventionen durchgeführt wurden. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn tabakbezogene Interventionen im Rahmen eines allgemeinen gesundheitsbezogenen oder NCD-basierten Programms durchgeführt wurden und dann nur die tabakbezogenen Ergebnisse in den jeweiligen Systematic Review eingeflossen sind.

Hier ist zu beachten, dass es möglich sein kann, dass eine bestimmte Intervention eher im Zusammenhang mit einer anderen wirksam ist und sich Interaktionseffekte in den Ergebnissen bemerkbar machen.

Die hier eruierten Ergebnisse sprechen insgesamt gesehen dafür, Interventionen auf mehreren Ebenen durchzuführen. D. h., dass die einzelnen, hier beforschten Interventionen sehr wahrscheinlich in Kombination mit weiteren am wirksamsten sind. Dies wird auch in der Literatur beschrieben (Siegrist 2012: 154). Hoffman und Tan (2015: 8) merken an, dass noch genauer erforscht werden sollte, welche Interventionskombinationen in der Tabakkontrolle am wirksamsten sind.

Ableitung der Empfehlungsgrade

Für die Ableitung der Empfehlungsgrade aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration wurde ein nicht validiertes Verfahren entwickelt und angewendet. Dazu wurden Einzelergebnisse der Interventionen analysiert und diese mit den übergreifenden Kommentaren der Autoren in der Schlussfolgerung im Abstract des jeweiligen Systematic Review kombiniert. Wie beschrieben, wurde davon ausgegangen, dass die Autoren

¹⁸⁴ Vgl. Abwägungen zur Umsetzbarkeit der beforschten Tabakkontrollinterventionen in LMIC/Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs (223)

¹⁸⁵ Vgl. Kategorisierung (133 ff.)

die wesentlichen Abwägungen (Studienqualität, Risk of Bias) in der Schlussfolgerung des Abstracts ausdrücken. Es ist aber vorstellbar, dass die Autoren der Systematic Reviews in diesen Abschnitten Kommentare abgeben, die die genannten Abwägungen, wie z. B. in Bezug auf die Qualität der den Ergebnissen zuordbaren Studien nicht (immer) einbeziehen. Das würde bedeuten, dass die abgeleiteten Empfehlungsgrade die Ergebnisse nicht (immer) dem Ziel der Methode entsprechend wiedergeben. Allerdings ist es aus Autorinnensicht gerechtfertigt, zu erwarten, dass die Autoren in dem genannten Abschnitt die wesentlichen Aspekte des Reviews zusammenfassen und auf den Punkt bringen, was sich dann auch in dem jeweiligen Empfehlungsgrad ausdrückt.

Dadurch, dass bei der Ableitung der Empfehlungsgrade mit Autorenkommentaren gearbeitet wurde, ist zudem ein gewisses Maß an Interpretation und Deutung und damit auch an einer gewissen Subjektivität in diesem Bereich der Arbeit gegeben. Es wird im Methodikteil aber detailliert beschrieben, wie dabei vorgegangen wurde.

Bei der Ableitung der Empfehlungsgrade aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration ist zu bedenken, dass hier in der Regel ausschließlich das Kriterium der Wirksamkeit beurteilt wird und darüberhinausgehende Abwägungen nur selten getroffen werden. Im Cochrane-Handbuch wird beschrieben, dass eine umfassendere Abwägung den Rahmen eines Systematic Reviews der Cochrane Collaboration normalerweise überschreiten würde (vgl. Schünemann 2011: „12.7.2 Implications for practice“). Somit findet in der vorliegenden Arbeit eine Folgerung von der Wirksam- auf die Empfehlbarkeit statt, von der normalerweise eher abgeraten wird. Es war hier aber das Ziel, zur Veranschaulichung und zur praktischen Handhabung eine einheitliche Darstellung der Ergebnisse zu erreichen. Es wurde dabei transparent erläutert und dargestellt, wie die Empfehlungsgrade aus den Ergebnissen der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration abgeleitet wurden, so dass dies nachvollzieh- und zurückverfolgbar ist.

Eine umfassendere Abwägung wird dagegen in der AWMF-Leitlinie vorgenommen und hat durch die Integration dieser Quelle in die vorliegende Arbeit Eingang gefunden. Der Nachteil der AWMF-Leitlinie ist, dass die bevölkerungsweiten Interventionen dort weitgehend nicht vorkommen. Bei Hoffman und Tan (2015) werden Abwägungen ansatzweise verfolgt, wobei auch hier die gesundheitsbasierten Outcomes und damit die gesundheitliche Wirksamkeit im Sinne einer Tabakentwöhnung oder –prävention im Vordergrund stehen. Für die Ergebnisse bedeutet dies, dass zu gleichen oder ähnlichen Interventionen zum Teil unterschiedliche Empfehlungsgrade nach den unterschiedlichen Datenquellen vorliegen. Insgesamt profitiert die vorliegende Arbeit aber aus Autorinnensicht durch die Unterschiedlichkeit der Datenquellen. Dadurch werden unterschiedliche Sicht-

weisen dargestellt und integriert. Es wurde bewusst darauf verzichtet, einen einheitlichen Empfehlungsgrad aus den drei Quellen zu bilden, da dies mit (zu) vielen Unschärfen verbunden gewesen wäre. Stattdessen wird die Ergebnisrichtung aus den drei Quellen zusammenfassend beschrieben¹⁸⁶.

Anzahl der Reviewer

Es ist von Vorteil, wenn bei komplexen Untersuchungen und Sekundär- bzw. Tertiäranalysen mehrere unabhängige Reviewer oder Autoren beteiligt sind (Dreier et al. 2012: 443ff.; Pieper et al. 2013: 593). Die hier vorliegende Analyse wurde dagegen weitgehend durch eine Person (die Autorin) durchgeführt. Bei allen auftauchenden Fragen standen jedoch der Promotionsbetreuer und eine Doktorandengruppe zur Seite, die in einige Arbeitsschritte einbezogen wurde.

Überlappung

Die Überlappung der Studienpools wurde im Hinblick auf Systematic Reviews der Cochrane Collaboration untersucht. Hier zeigte sich, dass dieses Phänomen gegeben ist und die AWMF und der Overview auf Systematic auf Systematic Reviews der Cochrane Collaboration zurückgreifen. Somit lassen sich gleiche oder ähnliche Ergebnisse bei Interventionen dadurch erklären. Wenn die Ergebnisse nicht gleich sind, ist davon auszugehen, dass in der AWMF-Leitlinie und im Overview auf Informationen zurückgegriffen wurde, die außerhalb der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration liegen. Die Abweichungen sind aber auch in der unterschiedlichen Ableitung der Empfehlungsgrade zu sehen.

Innerhalb der Systematic Reviews der Cochrane Collaboration sind wahrscheinlich ebenfalls in einem gewissen Ausmaß dieselben Primärpublikationen eingeschlossen worden. Das bedeutet, dass man die Menge aller Ergebnisse eines Themenbereichs zusammengekommen nicht unbedingt als Beweis für die Stärke von Effekten verwenden darf. Die Ergebnisse sollen in diesem Sinne dagegen eher „qualitativ“ verstanden werden.

Umfang und Vollständigkeit der Evidenz

Durch die Beschränkung auf Systematic Reviews kommen Interventionen, die außerhalb von Systematic Reviews untersucht wurden, in der vorliegenden Evidenzbasis nicht vor. Auch ist durch den Prozess der Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien eine Reihe von beforschten Tabakkontrollinterventionen in den hier vorliegenden Ergebnissen nicht vertreten. Mit dem Ausschluss von Systematic-Review-Nr. 62 sind beispielsweise Interventionen, die mit körperlicher Betätigung und Bewegung zur Tabakaufgabe beitra-

¹⁸⁶ Vgl. Zusammenfassung der Ergebnisse (190 ff)

gen sollen, nicht eingeschlossen. Das ist der Qualität der Ergebnisse geschuldet und einer Vorauswahl, die in EbPH wesentlich ist (Dreier et al. 2012: 443), damit die Ergebnisse, die man erhält, aussagekräftig sind.

Es ist auch möglich, dass durch die Ein- und Ausschlusskriterien der vorliegenden Arbeit Studien zu Tabakkontrollinterventionen aus LMIC ausgeschlossen wurden.

Wie beschrieben¹⁸⁷ wurden vier Systematic Reviews der Cochrane Collaboration ausgeschlossen, die retrospektiv betrachtet möglicherweise hätten einbezogen werden können. Das sind: „Interventions for recruiting smokers into cessation programmes“ und „Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence“ (hätten vor einem breiteren Verständnis als Tabakkontrollinterventionen verstanden werden können) und „Incentives for smoking cessation“ und „Use of electronic health records to support smoking cessation“ (wurden übersehen). Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse würden die hier präsentierten Ergebnisse aber wahrscheinlich nicht verändern oder zu wesentlich neuen Einsichten führen. Dies gilt auch für nach Abschluss des Suchzeitraums generierte Ergebnisse.

Darüber hinaus kann man die Frage stellen, welche Ergebnisse man erhalten würde, wenn alle möglichen Interventionen gleich viel und in gleicher Qualität untersucht würden.

Dazu äußern sich Rychetnik et al. (2002: 125, zitiert nach: Hawe & Shiell 1995) folgendermaßen: „It is also important to recognise the relative capacity of competing stakeholders (in a decision process) to generate evidence. Certain types of interventions (for example, pharmaceutical [sic]) are more likely to be supported by high quality evidence, simply because more resources are available to conduct the evaluation and produce that evidence (rather than because the interventions are better). In addition, ‘best’ evidence is often gathered on simple interventions and from groups that are easy to reach in a population [Quellenangabe¹⁸⁸]. Thus conversely, little level I evidence exists on interventions for disadvantaged groups. This suggests that considerations of equity should temper the rigid application of rules of evidence in formulating recommendations for the use of public health resources [Quellenangabe wie zuvor, d. Verf.].“

Was beforscht wird und zu welchen Interventionen Ergebnisse vorliegen, wird somit von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst und bestimmt. Hier werden angesprochen:

¹⁸⁷ Vgl. Prüfung der Vollständigkeit der abgedeckten Systematic Reviews (125)/Ergebnis der Prüfung der Vollständigkeit der abgedeckten Systematic Reviews (156)/Anhang II

¹⁸⁸ Hawe P, Shiell A. Preserving innovation under increasing accountability pressures: the health promotion investment portfolio approach. *Health Promotion Journal of Australia* 1995;5(2): 4-9

- (finanzielle) Ressourcen
- Intervention („einfach“)
- Zugang zu mit den Interventionen verbundenen Zielgruppen.

Ein weiterer Faktor können auch rechtliche Rahmenbedingungen für den Marktzugang sein. Während bei Arzneimitteln Nachweise der Wirksamkeit und des patientenrelevanten Nutzens in Deutschland vorgeschrieben sind, sind die Anforderungen für Medizinprodukte hier geringer. Das führt dazu, dass die Anreize zur Durchführung von Studien zur Wirksamkeit von Medizinprodukten geringer sind, als für Arzneimittel (vgl. Zens et al. 2015). Damit ist es wahrscheinlich, dass mehr Studien zur Wirksamkeit von Arzneimitteln, als zur Wirksamkeit von Medizinprodukten durchgeführt und publiziert werden. Auch in der hier durchgeführten Studie fällt auf, dass ein hohes Gewicht auf pharmakologischen Interventionen liegt, weil hier entsprechend viele Ergebnisse mit hoher Qualität vorliegen.

Es ist zu bedenken, dass es weitere Interventionen und Maßnahmen gibt, für die keine Studien gefordert werden. Hier sind also die Barrieren, dass Studien überhaupt angefertigt werden, noch höher. Wenn viele Studien zu einer Intervention vorliegen, muss also zunächst hinterfragt werden, mit welchen Einflussfaktoren diese Häufung – außerhalb eines möglicherweise besonders starken Effekts – zu tun haben könnte.

So wird in der FCTC wird gefordert: „(1) Zum besseren Schutz der menschlichen Gesundheit werden die Vertragsparteien ermutigt, Maßnahmen einzuleiten, die über die in diesem Übereinkommen und seinen Protokollen geforderten hinausgehen [...]“ (Kahnert et al. 2011: 16). Z. B. könnte man sich Yoga und Meditationsübungen als möglicherweise in der Tabakentwöhnung wirksame Interventionen vorstellen (vgl. Carim-Todd et al. 2013) und auch eine Denormalisierung der Tabakindustrie wurde bereits als Tabakkontrollinterventionen untersucht (vgl. Malone et al. 2012).

Bestimmte einzelne Interventionen, besondere Ansätze u. ä. sind in dieser Arbeit somit nicht repräsentiert, auch wenn sie möglicherweise wirksam und vielversprechend sind.

Fehlende Ergebnisse zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC

Nachdem festgestellt wurde, dass der Anteil von Studien aus MIC in der untersuchten Evidenzbasis nur geringfügig ist und Studien aus LIC in den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration gar nicht eingeschlossen wurden, wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass Aussagen zur spezifischen Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC aus der hier eruierten Evidenzbasis nicht möglich sind und damit ein wesentliches Ziel der Untersuchung nicht erreicht werden konnte. Es wurde davon abgesehen,

die einzelnen MIC-Studien im Einzelnen zu analysieren, weil die Menge der Studien im Verhältnis zur Gesamt-Evidenz für eine qualifizierte Aussage als zu gering betrachtet wurde. Die Ergebnisse sollten vielmehr auf einer breiten und sicheren Evidenzlage basieren. Zudem wurde mit der Prämisse gearbeitet, die Analyse von Einzelstudienresultaten soweit wie möglich zu vermeiden. In einer weitergehenden Studie könnte man die hier vorhandenen MIC-Studienresultate analysieren und ausgehend davon eine spezialisierte Suche nach Studien zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC durchführen. Dabei könnten dann die Faktoren im Einzelnen analysiert werden, die dazu führen, dass sich Tabakkontrollinterventionen in HIC und LMIC womöglich unterschiedlich auswirken. Dann müsste auch die Studienqualität als mögliches Kriterium für unterschiedliche Ergebnisse von Studien aus HIC und LMIC berücksichtigt werden.

Kritische Aspekte von Tabakkontrollinterventionen

Im Bereich der Medikamente wurde in der vorliegenden Arbeit herausgestellt, dass hier in Deutschland teilweise eine kritische Meinung vorliegt und dass bei der Anwendung möglicherweise mit UAW zu rechnen ist. In der Forschungsliteratur wird auf Nebeneffekte von weiteren Tabakkontrollinterventionen aufmerksam gemacht, welche die Wirksamkeit möglicherweise behindern können.

So wird beispielsweise auf das Phänomen der Stigmatisierung von Rauchern aufmerksam gemacht (vgl. Evans-Polce et al. 2015; Bayer und Stuber 2006). Auch wird untersucht, inwiefern Tabakkontrollinterventionen soziale Ungleichheiten möglicherweise verstärken (vgl. Lorenc et al. 2013; Niederdeppe et al. 2008).

Stigmatisierung

In einem Systematic Review stellen Evans-Polce et al. (2015: 31 – 32) heraus, dass verinnerlichte Stereotype und Selbststigmatisierung bei Rauchern unterschiedliche Konsequenzen haben können. Von „negativen“ Effekten wird gesprochen, wenn Rückfälle, Widerstand gegen Tabakentwöhnung oder –reduzierung, selbsterzeugte Isolation und Stress wegen Verschweigen des Rauchstatus auftreten. Als „positiv“ wird herausgestellt, dass Tabakentwöhnung, verminderte Rückfälle und eine gesteigerte Absicht, das Rauchen aufzugeben ausgelöst werden können. Diese Unterschiede, wie sich das Stigma im Einzelfall auswirkt, können gruppenbezogenen Faktoren geschuldet sein. Hier werden u. a. kulturelle Unterschiede untersucht. Die Ergebnisse deuten an, dass die Auswirkungen von Tabakkontrollinterventionen in Bezug auf Selbststigmatisierung bei Rauchern u. a. kulturell bedingt sind.

Es wird empfohlen, Tabakkontrollinterventionen so auszurichten, dass potenziell negative Konsequenzen, wie Stigmatisierung, minimiert werden. Das bedeutet, weniger auf

negative Stereotype und mehr auf positive Faktoren, wie z. B. auf die Selbstwirksamkeit zu setzen. Dabei werden Strategien, wie Einstellungsentscheidungen oder die Aufnahme in eine Krankenversicherung vom Rauchstatus abhängig zu machen, kritisch und als potenziell stigmatisierend dargestellt (ebd.: 33).

Hier ist in der Praxis sicherlich im jeweiligen Einzelfall bzw. bei einer bestimmten Entscheidung sorgfältig abzuwägen. Denn es sollte auf der anderen Seite auch einer Verharmlosung¹⁸⁹ des Tabakgebrauchs und einer „Verwässerung“ der Tabakkontrolle entgegengewirkt werden. Zudem muss der Schutz von Nichtrauchern gewährleistet sein.

Verstärkung von sozialer Ungleichheit

Da soziale Variablen die Gesundheit einer Bevölkerung maßgebend beeinflussen, haben diese in Public Health eine wesentliche Bedeutung (Kolip 2012: 660).

„Im englischen Sprachgebrauch werden mit `inequalities in health` allgemein die Ungleichheiten der Gesundheit zwischen sozioökonomischen Gruppen, aber auch Ländern und Regionen bezeichnet. Der Begriff `inequities` bezeichnet solche Ungleichheiten der Gesundheit, die sowohl vermeidbar oder verminderbar als auch – aus der Perspektive der sozialen Gerechtigkeit – ungerecht sind.“ (Klemperer 2014: 230)

Insbesondere im Hinblick auf tabakassoziierte Erkrankungen, wie KHK, zerebrovaskuläre Krankheiten, Atemwegserkrankungen oder Bronchialkarzinome wurde ein sozialer Schichtgradient nachgewiesen. In diesem Zusammenhang ist es für diese Arbeit bezeichnend, dass die „Volkskrankheit“ KHK in entwickelten Industrienationen abnimmt, dagegen in Schwellenländern innerhalb der Entwicklungsländer ansteigt (Siegrist und Möller-Leimkühler 2012: 124).

Dass es notwendig ist, der sozialen Ungleichheit entgegenzutreten, wird in Deutschland z. B. vom Deutschen Ethikrat in Bezug auf die Krankenhausversorgung formuliert (Deutscher Ethikrat 2016: 54ff.). Dies ergibt sich ebenso aus Artikel 3 des deutschen Grundgesetzes (Kolip 2012: 660; Klemperer 2014: 231).

Niederdeppe et al. (2008) untersuchten die Wirkung von medialen Kampagnen zur Förderung der Aufgabe des Tabakgebrauchs in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass mediale Anti-Tabak-Kampagnen hier meistens weniger wirksam, manchmal gleich wirksam und selten wirksamer als in nicht benachteiligten Bevölkerungsgruppen sind. Es ist wahrscheinlich, dass diese Kampagnen in vielen Fällen soziale Ungleichheiten verstärken oder verstetigen. Mediale Anti-Tabak-Kampagnen sind in benachteiligten Bevölkerungsgruppen am

¹⁸⁹ Vgl. auch: „Denialism“ (Klemperer 2014: 59ff.)

wirksamsten, wenn sie in Verbindung mit weiteren Tabakkontrollinterventionen implementiert werden (ebd.).

Die zwei Aspekte „Stigmatisierung“ und „Verstärkung von sozialer Ungleichheit“ sind nicht Bestandteil der vorliegenden Arbeit und der ihr zugrunde gelegten Quellen. Die Gestaltung von Tabakkontrollinterventionen sollte aber, wenn möglich, demgegenüber sensibel sein und optimalerweise so ausgerichtet werden, dass nachteilige Effekte, wie die beschriebenen, nicht ausgelöst werden.

Einordnung der Ergebnisse in die Ergebnisse von zwei ähnlichen Studien

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden im Folgenden mit zwei ähnlichen Untersuchungen verglichen.

„Impact of Tobacco Control Interventions on Smoking Initiation, Cessation, and Prevalence: A Systematic Review“

Fragestellung: Wie ist die Wirksamkeit der vier MPOWER-Interventionen:

- Tabaksteuererhöhungen,
 - Rauchverbote an öffentlichen Orten,
 - Werbeverbote, inklusive des Sponsorings und
 - Gesundheitliche Aufklärung über Warnhinweise auf Tabakverpackungen und mediale Anti-Tabak-Kampagnen?
- ⇒ Es geht jeweils um den einzelnen Effekt der entsprechenden Intervention!

Methode:

- Definition des Rauchens: Nutzung von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Bidis, Hookahs, Wasserpfeifen, Kreteks (ausgeschlossen: rauchlose Tabakprodukte)
- Outcomes: Rauchprävalenz, Rauchaufnahme, Aufgaberraten, Elastizität der Preisbeteiligung (relative prozentuale Änderung der Rauchprävalenz pro 1%-iger Preisveränderung), ausgeschlossen: Aufgabeversuche, Tabakkonsum (geht nicht um direkte Auswirkung der Interventionen auf die Rauchprävalenz)
- Suchstrategie:
 - Fünf Datenbanken wurden durchsucht (MEDLINE, EMBASE, The Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PsycInfo)
 - Nutzung von „Medical Subject Headings“ und Wörtern für Rauchen und Tabakkontrollinterventionen (Begrenzung auf „human subjects“)
 - Sichtung von zehn wirtschaftlichen und Public-Health-Zeitschriften, inklusive der Referenzen der eingeschlossenen Artikel, relevanten Reviews,

Büchern und Berichten

- Studienauswahl:
 - Zwei unabhängige Reviewer: Bewertung von Titeln, Abstracts, Artikeln
 - Einschlusskriterien: Artikel jeder Sprache, beschriebene Outcomes, Messung des Effekts mindestens einer der eingeschlossenen Interventionen, Studiendesigns (Cluster-randomisierte Studien, Längsschnittstudien, Vorher-Nachher wiederholte Querschnittsstudien mit und ohne Vergleichsgruppe, Zeitreihenanalysen)
 - Ausschluss: Mehrkomponenteninterventionen; Studien, die vor 1990 veröffentlicht wurden
- Qualitätsbewertung nach GRADE:
 - Hoch = Evidenz spiegelt sehr wahrscheinlich wahren Effekt wieder, weitere Forschung wird den Effekt wahrscheinlich nicht verändern
 - Mittel = mittlere Zuverlässigkeit des Effekts, weitere Forschung wird das Ergebnis vielleicht verändern
 - Niedrig = niedrige Zuverlässigkeit, dass Evidenz den wahren Wert widerspiegelt
- Meta-Analyse: aufgrund der Heterogenität der Studien konnten die Ergebnisse nicht gepoolt werden, die Ergebnisse werden in qualitativer Synthese zusammengefasst

Ergebnisse:

- 84 [sic] Studien eingeschlossen, davon:
 - 35 über Tabaksteuern
 - 29 über Rauchverbote
 - 5 über Werbe- und Sponsoringverbote
 - 4 über gesundheitliche Warnhinweise
 - 19 über massenmediale Kampagnen
- Outcomes:
 - Rauchaufnahme (12 Mal)
 - Rauchaufgabe (25 Mal)
 - Rauchprävalenz (52 Mal)
- 8 Studien in LMIC
- *Ergebnisse für Steuererhöhungen*
 - Evidenz ist insgesamt gesehen hoch
 - Rauchaufnahme: mittlere Evidenz, 4 von 5 Längsschnittstudien zeigen

gewisse Wirksamkeit

- Rauchaufgabe: mittlere Evidenz, Preiselastizität der Rauchaufgabe von 0.375 – 1.17
- Prävalenz: hohe Evidenz, Wirksamkeit
 - Preiserhöhungen scheinen Prävalenz unter Erwachsenen und Jugendlichen zu senken
 - LMIC reagieren wahrscheinlich sensibler auf Preiserhöhungen: Preiselastizität in LMIC höher als in HIC
 - Heterogenität der Ergebnisse u. a. durch Bezahlbarkeit von Zigaretten, Bestrebungen zur Preissenkung durch die Tabakindustrie, Umgehung von Steuern, Schmuggel, Grad der Abhängigkeit der Raucher
- *Ergebnisse für Rauchverbote an öffentlichen Orten*
 - Evidenz ist insgesamt gesehen mittel
 - Rauchaufnahme: niedrige Evidenz, keine Schlussfolgerung möglich wegen widersprüchlichen Ergebnissen
 - Rauchaufgabe: niedrige Evidenz, 2 von 3 Längsschnittstudien ohne signifikante Veränderung nach Implementierung
 - Prävalenz: mittlere Evidenz, Wirksamkeit
 - Möglicher Effekt, besonders in Regionen, in denen vorher keine Verbote existierten
 - Effekte werden erzeugt durch: Reduzierung der Möglichkeiten zu rauchen, Denormalisierung des Rauchens
 - Wirksamkeit der Verbote hängt wahrscheinlich ab von: zeitlicher Terminierung, Stärke vorheriger Verbote/Gesetze, Stärke der Gesetzesumsetzung, öffentliche Unterstützung
 - Rauchfreie Arbeitsplätze sind wahrscheinlich wirksam: hier werden Ergebnisse aus LMIC benötigt
 - Vermutlich stärkere Wirksamkeit, wenn Verbote in umfassende Tabakkontrollprogramme eingebettet werden
- *Ergebnisse für Werbe- und Sponsoringverbote*
 - Evidenz ist insgesamt gesehen nicht ausreichend
 - Rauchaufnahme: Evidenz nicht ausreichend, keine Studien eingeschlossen
 - Rauchaufgabe: Evidenz nicht ausreichend, keine Studien eingeschlossen
 - Prävalenz: niedrige Evidenz, keine Schlussfolgerung möglich

- Aufgrund methodologischer Limitationen können keine Schlussfolgerungen gezogen werden
- Aber Rolle von Tabakwerbung bei der Rauchaufnahme steht fest: erzeugt positives Image, Steigerung der Neugier auf Tabakprodukte, Einfluss auf Normen und Wahrnehmung der Prävalenz des Tabakgebrauchs
- Tabakmarketing-Exposition bei Jugendlichen wird mit einer möglichen verdoppelten Chance der Rauchaufnahme assoziiert
- Umfassende Verbote sind erforderlich, da Tabakindustrie die Aktivitäten sonst auf andere Kanäle verlagert
- *Ergebnisse für gesundheitliche Aufklärung*
 - Gesundheitliche Warnhinweise
 - Evidenz ist insgesamt gesehen nicht ausreichend
 - Rauchaufnahme: Evidenz nicht ausreichend, keine Studien eingeschlossen
 - Rauchaufgabe: niedrige Evidenz, 2 Studien, keine Wirksamkeit
 - Prävalenz: niedrige Evidenz, 2 Studien, keine Wirksamkeit
 - Studien nicht zur Untersuchung der Auswirkung von gesundheitlichen Warnhinweisen konzipiert
 - Implementierungskosten sind im Vergleich zu massenmedialen Kampagnen gering
 - Indirekte Evidenz impliziert Auswirkungen auf Wissen, Bedeutung und kognitive Verarbeitung (lesen, nachdenken, diskutieren)
 - Gesundheitliche Warnhinweise steigern das Wissen über gesundheitliche Auswirkungen und die Motivation zur Rauchaufgabe
 - Aus einigen Studien besteht indirekte Evidenz dafür, dass ein Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Warnhinweisen und Rauchverhalten besteht
 - Massenmediale Kampagnen
 - Evidenz ist insgesamt gesehen mittel
 - Rauchaufnahme: mittlere Evidenz, Wirksamkeit
 - Rauchaufgabe: niedrige Evidenz, keine Schlussfolgerung möglich wegen widersprüchlichen Ergebnissen
 - Prävalenz: mittlere Evidenz, Wirksamkeit

- Evidenz legt nahe, dass massenmediale Kampagnen einen unabhängigen reduzierenden Effekt auf Rauchaufnahme bei Jugendlichen und Prävalenz bei Erwachsenen haben
- Effekt hängt ab von: Inhalt, Ton und Reichweite
- Möglicherweise reagieren Erwachsene am stärksten auf grafische Darstellungen der Folgen des Rauchens und Jugendliche auf Botschaften über die Strategien der Tabakindustrie
- Massenmediale Kampagnen werden auch in anderen Untersuchungen als wirksam zur Senkung der Rauchprävalenz befunden (Ausnahme: ein Cochrane-Systematic-Review, Qualität der Studien hier nicht ausreichend)

Schlussfolgerung:

- Für einige der untersuchten Interventionen wurde qualitativ hochwertige bis mittlere Evidenz identifiziert, die einen reduzierenden Effekt auf die Rauchprävalenz nahelegt
- Beeinflussende Faktoren dabei sind: Stärke der Politik, Stärke der Gesetzesumsetzung, fördernde Maßnahmen im Rahmen der Implementierung; Inhalt, Ton, Reichweite von medialen Kampagnen; die Tabakkontrollumgebung; Aktivitäten der Tabakindustrie, um Maßnahmen zu behindern
- Zukünftige Studien sollten die beeinflussenden Faktoren berücksichtigen und ihren Einfluss untersuchen
- Durch Sensitivitätsanalysen und Wahrscheinlichkeitsstudien können Variationen der Effekte in Abhängigkeit der beeinflussenden Faktoren modelliert werden
- Eine differenzierte Sichtweise ist erforderlich, um Entscheidern zur Priorisierung und Zielsetzung zur Reduzierung der Rauchprävalenz Informationen zur Verfügung zu stellen (vgl. Wilson et al. 2012).

In der Studie von Wilson et al. (2012) wird ein ähnlich breiter Fokus gesetzt wie in der vorliegenden Untersuchung. Allerdings beschränken sich Wilson et al. (2012) auf einige der sog. „Kollektivinterventionen“ der hier vorliegenden Ergebnistabelle. Das bedeutet, dass sie Interventionen in den Blick nehmen, die sich an Bevölkerungen wenden. Dabei machen sie explizit, dass sie lediglich Studien einschließen, die den Effekt der einzelnen Intervention untersuchen und somit Mehrebeneninterventionen ausschließen. In der vorliegenden Untersuchung wurde ebenfalls angestrebt, Einzeleffekte herauszustellen, allerdings wurden Mehrebeneninterventionen dabei einbezogen.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Interventionen entsprechen sich weitgehend. Allerdings werden bei Wilson et al. (2012) bedingende Faktoren hervorgehoben, die bei der Implementierung von Maßnahmen eine Rolle spielen. Der Anteil von Studien aus LMIC ist bei Wilson et al. (2012) mit etwa 9,52% ebenfalls gering.

„Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies“

Fragestellung: Wie ist die Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Tabakkontrollinterventionen in sieben Weltregionen?

- Kosteneffektivität von gesundheitsbasierten Interventionen = erwarteter Zugewinn von gesunden Lebensjahren vs. Kosten der Intervention für den öffentlichen Sektor
- Kosteneffektivität nach der Weltbank (1993): wenn ein zusätzliches gesundes Lebensjahr durch weniger als das durchschnittliche Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in dem jeweiligen Land erreicht wird
- Untersuchte Interventionen: Preissteigerungen, NET, nicht-preisbasierte Interventionen (umfassende Werbe- und Sponsoringverbote, Rauchverbote an öffentlichen Orten, gesundheitliche Warnhinweise, Konsumentenaufklärung)
- Konservative Einschätzung, so dass Auswirkung der Interventionen eher unterschätzt wird

Methode:

- Datengrundlage: Raucherkohorte von 1995, Daten aus 139 Ländern zur Ableitung von Schätzungen zum Alter, zur Region und zum Geschlecht bei der Rauchprävalenz
- Rauchbedingte Mortalität: konservative Schätzung von einem Drittel der Raucher (jedes Alter, alle Regionen, beide Geschlechter), inklusive Bidis
- Mögliche Auswirkung von Preiserhöhungen:
 - Preiselastizität in LMIC vs. HIC (Preiselastizität in LMIC höher), Preiselastizität von Zigaretten und Bidis wurde gleichgesetzt; Annahme, dass Preiselastizität geschlechtsneutral ist
 - Preiselastizität nach Alter: Annahme, dass Preiselastizität im Alter geringer wird (Jugendliche haben hohe Preiselastizität)
 - Auswirkung von Preissteigerungen auf durch Rauchen bedingte Todesfälle: Produkt aus prozentualer Veränderung des Zigarettenpreises, Preiselastizität, „Prävalenzimpact“ von 50%, rauchbedingte Todesfälle vor der Preissteigerung, „Mortality adjustment factor“ (Berechnung der Vermei-

derung vorzeitiger Todesfälle bei Rauchaufgabe nach Alter)

- Mögliche Auswirkungen von NET
 - Annahme einer Wirksamkeit von 0,5 – 2,5%
 - Annahme, dass Aufgaberate 15 – 25% höher unter denjenigen wäre, die NET nutzen (von denjenigen, die aufhören und NET nutzen wollen)
 - Annahme, dass in der Altersstufe 30 – 59 eine besonders hohe Bereitschaft vorliegt, NET zu nutzen (vs. 15 – 29 und 60+), weil hier mehr verfügbares Einkommen existiert sowie Bewusstsein über Risiken des Rauchens und Nutzen der Aufgabe: Annahme, dass NET 1,5 Mal wirksamer in dieser Altersgruppe als bei anderen Erwachsenen ist
- Mögliche Auswirkungen von nicht-preisbasierten Interventionen: Annahme, dass alle nicht-preisbasierten Interventionen zusammen die Rauchprävalenz um 2 – 10% senken würden (konservative Schätzung, umfasst alle Altersgruppen)
- Kosteneffektivität von Tabakkontrollinterventionen
 - Berücksichtigung von jährlichen Kosten des öffentlichen Sektors für Preissteigerungen und nicht-preisbasierte Interventionen (außer NET)
 - Annahme, dass einmalige Kosten für NET Rauchern bei der Rauchaufgabe helfen würden: Kosten für NET sind verwalterische Kosten und Kosten des Mittels (Kosten unterschiedlich nach HIC oder LMIC)
 - Steuererhöhungen können durch die Gesetzgebung implementiert werden, wenn starke Steuererhebungssysteme bestehen: hier wird konservativ mit Kosten für die Gesetzesumsetzung gerechnet
 - Verwaltungskosten für die Verbreitung von Forschungsergebnissen und massenmediale Kampagnen berücksichtigt
 - Annahme, dass Preissteigerungen und NET nur Kosten im Implementierungsjahr verursachen, während bei den nicht-preisbasierten Interventionen laufende Kosten entstehen
 - Kosten für Lobbying-Aktivitäten im Rahmen von Tabakkontrolle wurden nicht einberechnet
 - Alle Kosten wurden den wahrscheinlich durch Tabakkontrollinterventionen verhinderten Todesfällen gegenübergestellt, dabei wurden zukünftige Todesfälle unter der Raucherkohorte von 1995 unter Berücksichtigung von regionenspezifischen Verhältnissen der tabakbedingten Todesfälle in „Disability adjusted life-years“ (DALY) umgerechnet

Ergebnisse:

- Mögliche Auswirkungen von Preissteigerungen: Preissteigerung von 10% würde wahrscheinlich weltweit 5 – 16 Mio. tabakbedingte Todesfälle verhindern, davon fallen 90% auf verhinderte Todesfälle in LMIC, 80% verhinderte Todesfälle wären männlich, die meisten verhinderten Todesfälle wären in jüngeren Bevölkerungsanteilen
- Mögliche Auswirkungen von NET: Je nach Wirksamkeit der NET könnten wahrscheinlich 1 – 5 Mio. der tabakbedingten Todesfälle verhindert werden, davon fallen 80% auf LMIC, ebenfalls würden mehr Todesfälle in jüngeren Bevölkerungsanteilen als in älteren verhindert werden
- Mögliche Auswirkungen von nicht-preisbasierten Interventionen: Je nach Prävalenzabsenkungspotenzial der Interventionen könnten wahrscheinlich bis zu 25 Mio. tabakbedingte Todesfälle verhindert werden, davon ca. 4/5 der verhinderten Todesfälle in LMIC und mehrheitlich bei jungen Rauchern
- Kosteneffektivität:
 - Preissteigerungen kosten wahrscheinlich um die 12 – 313 US-Dollar pro gerettetem DALY
 - Zugang zu NET kostet wahrscheinlich um die 358 – 1917 US-Dollar pro gerettetem DALY
 - Nicht-preisbasierte Interventionen kosten wahrscheinlich um die 145 – 2896 US-Dollar pro gerettetem DALY
 - Kosten in HIC höher als in LMIC

Schlussfolgerung:

- Tabakkontrollinterventionen sind kosteneffektiv im Vergleich zu anderen gesundheitsbasierten Interventionen
- Aufgrund von regionalen Unterschieden sollten lokale Kosteneffektivitätsstudien durchgeführt werden (vgl. Ranson et al. 2002).

Im Gegensatz zu der vorliegenden Studie werden bei Ranson et al. (2002) die Effekte von diversen Tabakkontrollinterventionen quantifiziert und ins Verhältnis zu den möglichen Implementierungskosten für den öffentlichen Sektor gesetzt. Dabei wird deutlich, dass die Ergebnisse auf einer komplexen Berechnung basieren, in die unterschiedliche Annahmen zur Wirksamkeit und zu den Kosten der untersuchten Interventionen eingeflossen sind. Diese Aspekte sind als Ergänzung zu der vorliegenden Studie zu betrachten. Die Dimensionen des gesundheitlichen Problems des weltweiten Tabakgebrauchs und der Möglichkeit, durch Tabakkontrollinterventionen diesem Problem entgegenzuwirken, werden dabei aus einer anderen Perspektive heraus deutlich. Die untersuchten In-

terventionen sind, bis auf die NET ebenfalls den bevölkerungsbezogenen Interventionen zuzuordnen.

Einordnung der Ergebnisse in die Literatur zu gesundheitsökonomischen Aspekten von Tabakkontrolle in HIC und LMIC

In verschiedenen Publikationen wird bereits seit 1999¹⁹⁰ auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass Regierungen zum Zweck der Bewahrung und des Schutzes der Bevölkerungsgesundheit in den Tabakmarkt eingreifen müssen (vgl. Jha et al. 2006; Jha und Chaloupka 2000; Jha und Chaloupka 2000a; Jha und Chaloupka 1999). Hier wird weitgehend eine ökonomische Sichtweise eingenommen, in der die gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakgebrauchs als Kosten definiert werden. Es wird darauf hingewiesen, dass der Markt hier in drei Fällen versagt. Zum einen haben die Konsumenten unzureichende Informationen über die gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakgebrauchs. Dies gilt zum zweiten auch für das Suchtpotenzial von Tabak. Zum dritten wird von den „Kosten“ gesprochen, die Dritte aufgrund des Tabakgebrauchs zu tragen haben (Passivrauch) [Jha & Chaloupka 2000a: 154ff.]. Staatliches Handeln wird hier aufgrund einer ökonomischen Argumentation legitimiert (ebd.: 4).

In der Rechtfertigung der Tabakkontrolle und damit im Zusammenhang stehenden Interventionen wird in dieser Literatur bereits auf eine breite Basis von Studienergebnissen zurückgegriffen. Es wird beschrieben, dass eine kleine, aber wachsende Zahl von Studienergebnissen aus LMIC auf unterschiedliche Auswirkungen von Interventionen – in diesem Fall von Interventionen in Bezug auf die Nachfrageseite – in den unterschiedlichen Regionen (HIC im Gegensatz zu LMIC) hinweisen (Jha et al. 2006: 599). Unterschiede zwischen HIC und LMIC werden partiell hervorgehoben und beschrieben. Es wird z. B. darauf hingewiesen, dass das Bewusstsein über die gesundheitlichen Risiken des Tabakgebrauchs in LMIC geringer im Vergleich zu HIC ist (Jha et al. 2006: 598). Hier ist anzunehmen, dass inzwischen aufgrund der umfangreichen Aktivitäten im Rahmen der FCTC zumindest ansatzweise eine Verbesserung stattgefunden hat.

Allerdings muss hervorgehoben werden, dass die Region der LMIC heterogen ist (Klingebiel 2013: 1) und damit auch das Bewusstsein über die gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakgebrauchs und die Erfordernisse an Tabakkontrolle regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sein dürften.

Gesundheitsinformation

¹⁹⁰ Es ist wahrscheinlich, dass dahingehend auch zuvor publiziert wurde. Dies wurde in der vorliegenden Arbeit nicht weiterverfolgt, da es hier das Ziel war, eher aktuellere Literatur einzubeziehen [d. Verf.].

Gesundheitsinformation als Tabakkontrollintervention wird in der Literatur zu gesundheitsökonomischen Aspekten von Tabakkontrolle in HIC und LMIC als wirksame Intervention dargestellt, die in HIC und LMIC durchgeführt werden sollte (Jha und Chaloupka 2000a: 209). In diesem Rahmen werden Mediale Kampagnen und Gesundheitliche Warnhinweise auf Verpackungen (engl. „Information Shocks“) favorisiert. Weniger Wirksamkeit wird Gesundheitsaufklärung in Schulbasierten Programmen zugesprochen. Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit den Ergebnissen in der vorliegenden Studie. Schulbasierte Programme werden dagegen hier ebenfalls grundsätzlich positiv bewertet. Das kann damit zusammenhängen, dass in der Zwischenzeit möglicherweise neue wirksame Ansätze für dieses Setting entwickelt wurden.

In der Literatur wird darauf verwiesen, dass Warnhinweise auf Verpackungen bestimmte arme Zielgruppen nicht erreichen. Das betrifft besonders Kinder und Jugendliche in LIC, die Zigaretten dort eher einzeln, als in ganzen Verpackungen kaufen (Jha und Chaloupka 1999: 47). Es ist damit zu rechnen, dass diese Situation bis heute in einigen Regionen gegeben ist. Hier wäre also eine zielgruppenbezogene und kulturangepasste Konzeption für Tabakkontrolle in diesem besonderen Kontext erforderlich.

Werbeverbote, inklusive Verkaufsförderung und Sponsoring

Die Erkenntnisse aus der Literatur stimmen mit den in der vorliegenden Arbeit gewonnen Erkenntnissen überein. Es wird beschrieben, dass umfassende Verbote Einfluss auf die Raucherraten haben, dass aber nur partielle Verbote wenig Veränderung bewirken. Die Tabakindustrie hat in diesem Fall viele Möglichkeiten, zwischen verschiedenen Medien zu wechseln und die Aktivitäten somit zu verlagern (Jha und Chaloupka 1999: 50).

Besteuerung

Auch im Bereich der Besteuerung von Tabakprodukten stimmen die Ergebnisse annähernd überein: „Tax increases are the single most effective intervention to reduce demand for tobacco.“ (Jha und Chaloupka 2000: 359). In der in der vorliegenden Studie zugrundegelegten Quelle (Hoffman und Tan 2015) wird Besteuerung ebenfalls als eine der am stärksten wirksamen Interventionen – im Rahmen der bevölkerungsweiten Interventionen – herausgestellt.

Die Auswirkungen der Besteuerung von Tabakprodukten werden in LMIC höher als in HIC eingeschätzt, weil Personen mit geringem Einkommen eher dazu tendieren, ihren Konsum bei Preissteigerungen einzuschränken. Auch die Altersstruktur in LMIC spielt eine Rolle. Hier leben insgesamt jüngere Menschen. Diese reagieren ebenfalls tendenziell stärker auf Preissteigerungen als ältere Menschen (Jha und Chaloupka 1999: 41).

Rauchverbote und Einschränkungen für Minderjährige

In der Literatur wird deutlich, dass Rauchverbote am Ende des 20. Jahrhunderts noch eine relativ neue Errungenschaft waren. Allerdings wird auch beschrieben, dass eine große Last für Nichtraucher im Bereich des Tabakgebrauchs im privaten Bereich liegt. Somit wurde erkannt, dass durch Rauchverbote im öffentlichen Raum nur partielle Bedürfnisse von Nichtrauchern abgedeckt werden. Für den Erfolg von Rauchverboten müssen diese eine breite Unterstützung in der Gesellschaft genießen (Jha und Chaloupka 1999: 51 – 53). Ebenso wird betont, dass Rauchverbote zwar mit „Kosten“ für Raucher¹⁹¹ verbunden sind, dass es aber nicht wahrscheinlich ist, dass dadurch ökonomische Schäden für den Tourismus, für Restaurants, Bars und Angestellte an rauchfreien Arbeitsplätzen entstehen. Rauchverbote werden insgesamt dadurch als wirksam beurteilt, indem beschrieben wird, dass damit die Gesundheit von Nichtrauchern geschützt wird und Reduktionen in der Rauchprävalenz und im Tabakkonsum einhergehen (Jha und Chaloupka 2000a: 283). Diese Ergebnisse werden von den Erkenntnissen in der vorliegenden Arbeit bestätigt.

Auch die eher unklare bzw. gemischte Evidenz zu Einschränkungen des Zugangs zu Tabakprodukten für Minderjährige (Jha & Chaloupka 2000a: 5) bestätigt sich durch die hier vorliegende Studie.

Es wird beschrieben, dass folgende Faktoren die Wirksamkeit von Rauchverboten und Einschränkungen für Minderjährige in LMIC u. a. beeinflussen:

- Kulturelle Akzeptanz von Tabak
- Grad der Durchsetzung bzw. Selbst-Durchsetzung der Gesetze
- Präsenz oder Abwesenheit einer informellen Wirtschaft
- Beteiligung von Jugendlichen am Tabakverkauf.

In LIC fehlen oftmals die erforderlichen Systeme, Infrastrukturen und Ressourcen, um Verbote und Einschränkungen um- und durchzusetzen (ebd.: 281 – 283).

Rauchaufgabe und NET

In Bezug auf die Tabakentwöhnung wird NET und anderen medikamentösen Hilfen eine verdoppelnde Erfolgchance für Individuen zugesprochen (ebd.: 5). Dabei wird die Notwendigkeit herausgestellt, diese Therapieformen für arme Bevölkerungsgruppen und in ärmeren Ländern zugänglich zu machen. Der Gebrauch dieser Mittel wird als unbedenklich beschrieben (ebd.: 304). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass sich

¹⁹¹ Im Sinne einer fehlenden Bedürfnisbefriedigung [d. Verf.].

in der Zwischenzeit in Teilen eine kritischere Haltung gegenüber Medikamenten zur Tabakentwöhnung entwickelt hat. Allerdings werden diese mit einigen Einschränkungen auch in der vorliegenden Untersuchung empfohlen.

Maßnahmen zur Reduktion des Tabakangebots

Bereits in der Literatur wird festgestellt, dass es im Bereich der Reduktion des Tabakangebots weniger Forschung gibt, als im Bereich der Reduktion der Nachfrage (Jha und Chaloupka 1999: 57). Dieses Verhältnis wird durch die vorliegende Untersuchung bestätigt, da zu zwei von drei Artikeln der FCTC zu Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verminderung des Tabakangebots keine Studienergebnisse identifiziert wurden.

Fazit

Es wird deutlich, dass die dargestellten Grundtendenzen der Wirksamkeit von verschiedenen Tabakkontrollinterventionen aus der zitierten Literatur durch die in der vorliegenden Studie eruierten Ergebnisse weitgehend bestätigt werden. Es zeigt sich ebenfalls, dass sich das Spektrum der beforschten Interventionen inzwischen erweitert hat und dass die aktuellere Evidenzbasis einer Vielzahl von Dimensionen gerecht wird und damit unterschiedliche Interventionstypen, Zielgruppen, Durchführer, Settings, Outcomes und Ebenen umfasst. Daraus ergeben sich neue Erkenntnisse und Ansätze, die der Vielfalt unterschiedlicher Bedürfnisse, Situationen und Kontexte gerecht werden. Ein Aspekt, der in der hier zitierten Literatur noch nicht absehbar war, sind neue Produkte, wie elektronische Zigaretten. Diese müssen in der aktuellen Forschung berücksichtigt werden.

Eine Forschungslücke stellt die geringe bzw. nicht vorhandene Anzahl von Studien zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC dar. Da in diesen Regionen weltweit die meisten Raucher leben (vgl. WHO 2019), ist es erforderlich, spezifische Kenntnisse für die Anforderungen an wirksame Tabakkontrollinterventionen und zur Tabakprävention in diesen Regionen zu gewinnen. Dazu müssen Ansätze entwickelt werden, die kulturelle Faktoren und systemische Gegebenheiten, vorhandene Infrastruktur, Ressourcenausstattung u. ä. berücksichtigen. Optimalerweise sollten die damit im Zusammenhang stehenden Forschungsfragen in den Regionen selber gestellt werden und Forschungsprojekte mit lokalem Forschungspersonal durchgeführt werden, damit die richtigen Forschungsfragen gestellt und lokale Forschungsinfrastrukturen aufgebaut werden können (vgl. Bryant und Harrison 1996; The Commission on Health Research for Development 1990). Die bestehende Evidenzbasis kann dazu genutzt werden, um bereits entwickelte Ansätze zu testen und an lokale Anforderungen anzupassen. Ebenso können daraus neue Ansätze abgeleitet werden.

Empfehlungen für weitere Forschung

Einige Forschungsbedarfe wurden bereits aufgezeigt. Zusammengefasst ergeben sich Forschungsbedarfe für folgende Bereiche innerhalb der Tabakkontrolle:

- Forschung zur Herausarbeitung des Konzepts der Tabakkontrolle
 - Darstellung, Abgrenzung und Definition der Maßnahmen (theoretische Fundierung)
 - Klärung von Fragen zur Verwendung von Begriffen für Maßnahmen in der Tabakkontrollforschung
 - Herausstellen von Methoden, die für verschiedene Bereiche geeignet sind und Aufzeigen dieser Bereiche und Überschneidungen
- Weitergehende Forschung zum Einsatz von Medikamenten in der Tabakkontrolle: in welchen Situationen sind diese angebracht und in welchen nicht?
- Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen in Bezug auf aktuelle gesellschaftliche Trends, Bedarfe und Kontexte
- Zielgruppenspezifische Trends und Bedarfe ermitteln: z. B. besondere Erfordernisse für Tabakkontrollinterventionen in LMIC herausstellen
- Welche Kombinationen von Tabakkontrollinterventionen sind besonders wirksam?
- Forschung zu neuen Tabakprodukten: Wasserpfeifen, rauchloser Tabak, E-Zigaretten.

Schlussfolgerung und Fazit

Das Ziel des vorliegenden Kapitels war es, die Evidenzlage zur Wirksamkeit und Nicht-Wirksamkeit (*Unterziel 1*) von Tabakkontrollinterventionen in LMIC auf Basis der FCTC (*Unterziel 3*) in einem differenzierten und zugleich übersichtlichen System (*Unterziel 2*) darzustellen. Um dies zu erreichen, wurde ein mehrschrittiges Verfahren entwickelt und angewendet, in dem nach und nach im Forschungszeitraum erschienene Quellen einbezogen wurden. Als erstes wurden alle Systematic Reviews der Cochrane Collaboration eingeschlossen, die die Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in Bezug auf Outcomes des Rauchverhaltens u. ä. herausstellen und die wesentlichen Informationen im Rahmen einer Konzentration auf bestimmte Abschnitte der Systematic Reviews in eine Datenextraktionstabelle eingefügt. Danach wurden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Ergebnisse eingegrenzt, um deren Aussagefähigkeit (*Unterziel 5*) zu erhöhen. Um die Ergebnisse übersichtlich darzustellen (*Unterziel 2*), wurden Kategorien aus den Ergebnissen gebildet, nach denen die Ergebnisse sortiert und denen die einzelnen Ergebnisse jeweils zugeteilt wurden. Die Ergebnisse wurden dann in Empfehlungsgrade in

Anlehnung an das System der AWMF-Leitlinie zum schädlichen und abhängigen Tabakkonsum umkodiert. Dabei wurden die jeweiligen Einzelergebnisse und Schlussfolgerungen aus den Systematic Reviews genutzt. Im Anschluss wurde geprüft, ob die Ergebnisse unter die eingeschlossenen Artikel der FCTC subsumierbar waren (*Unterziel 3*). Dabei wurde festgestellt, dass eine Reihe von eingeschlossenen Artikeln der FCTC noch nicht abgedeckt war. Deshalb wurde ein Overview of Reviews (vgl. Hoffman und Tan 2015) mit einem Fokus auf bevölkerungsweiten Interventionen einbezogen, der einige der noch fehlenden Interventionstypen abdeckte. Die Ergebnisse dieses Overviews wurden ebenfalls in Empfehlungsgrade umkodiert, um alle Ergebnisse in einer einheitlichen Form (*Unterziel 2*) darstellen zu können. Aus den drei Quellen (Systematic Reviews der Cochrane Collaboration, AWMF-Leitlinie und Overview) wurde eine vorläufige Ergebnistabelle erstellt, die nach dem entwickelten Kategoriensystem aufgebaut ist. Bei einem erneuten Abgleich der nun zusammengestellten Ergebnisse mit den eingeschlossenen Artikeln der FCTC stellte sich heraus, dass weiterhin einige Interventionen nicht abgedeckt waren. Daraufhin wurde eine ergänzende Recherche in zwei Datenbanken durchgeführt, die keine zusätzlichen Erkenntnisse lieferte. Somit wurde dann eine finale Ergebnistabelle erstellt, die die Ergebnisse der vorläufigen Ergebnistabelle in einer komprimierten Form abbildet.

Wichtige Ergebnisse aus dem Forschungsprozess sind, dass sowohl die AWMF-Leitlinie als auch der Overview in der Qualitätsbewertung im qualitativen Mittelfeld liegen. Bei der AWMF-Leitlinie bedeutet das nach Leitlinienwatch.de, dass diese nicht unabhängig von Einflüssen der Pharmaindustrie ist. Beide Quellen umfassen einige der zuvor bereits eingeschlossenen Systematic Reviews der Cochrane Collaboration. Bei den beforschten Interventionen fiel auf, dass diese unterschiedliche „Charakteristika“ aufweisen, die als „Dimensionen der Tabakkontrolle“ bezeichnet wurden. Das bedeutet, dass zum einen ganz unterschiedliche Interventionstypen, wie z. B. Beratung, Bildung oder Gesetze untersucht wurden. Weiterhin standen dabei zum Teil unterschiedliche Outcomes im Vordergrund, wie z. B. der Rauchstatus, die Rauchaufgabe oder die Rauchexposition. Teilweise wurde auch nach unterschiedlichen Settings, wie z. B. Schulen oder der Arbeitsplatz unterschieden. Auch gab es unterschiedliche Zielgruppen, wie Schwangere, Kinder oder indigene Bevölkerungen. Die Interventionen wurden manchmal auch nach den Durchführern, wie Ärzten oder Apotheker unterschieden und es konnte festgestellt werden, dass die Interventionen unterschiedlichen Ebenen zugeordnet werden können. Z. B. ist dies die „Personalebene“ (Bildung und Schulung von Fachkräften der Gesundheitsversorgung) oder die „direkte Ebene“ (Kontakt mit Zielgruppen). Die damit verbundene Komplexität und Heterogenität wird in der Ergebnistabelle in Form der jeweiligen Inter-

ventionsdimension abgebildet. Bei der Zuordnung der Interventionsergebnisse aus den drei eingeschlossenen Quellen zu den eingeschlossenen Artikeln der FCTC (*Unterziel 3*) kann festgestellt werden, dass Artikel 14 (Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums) mit 81 Ergebnissen deutlich überwiegt. Insgesamt kommen in der Ergebnistabelle 89 Interventionsergebnisse aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration zu den sogenannten „Individualinterventionen“ (Interventionen, die sich auf Individuen und kleinere Gruppen beziehen) und 13 Interventionsergebnisse zu den sogenannten „Kollektivinterventionen“ (Interventionen, die sich auf Bevölkerungen oder Bevölkerungsanteile beziehen) vor. Eine ähnliche Verteilung spiegelt sich entsprechend in der Anzahl der hinter den Interventionsergebnissen liegenden Primärstudien wider. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass dagegen die Studienteilnehmerzahlen bei den „Kollektivinterventionen“ gegenüber den „Individualinterventionen“ insgesamt höher sind. Studien aus LMIC sind in der beschriebenen Evidenzbasis nur geringfügig vertreten (*Unterziel 4*). Nach Eingrenzung der Ein- und Ausschlusskriterien beträgt der Anteil der Studien aus MIC an allen eingeschlossenen Primärstudien aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration 3,41%. Es sind dabei keine Studien aus LIC vertreten. Auch in der AWMF-Leitlinie und im Overview sind keine Studien aus LIC vertreten und der Anteil an Studien aus MIC ist sehr gering.

Bei den beforschten Interventionen sind bei den „Individualinterventionen“ insbesondere Therapeutische Interventionen gut untersucht und erhalten in der Ergebnistabelle hohe Empfehlungsgrade. Therapeutische Interventionen beziehen sich auf diverse (psycho-)therapeutische Verfahren und Methoden. Auch Beratung ist vergleichsweise gut untersucht und erhält, besonders aus der AWMF-Leitlinie hohe Empfehlungsgrade. Bildung, Schulung und Training gehört auch zu den gut beforschten Interventionen. Während die Empfehlungsgrade hier bei den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration überwiegend im unsicheren, aber schwach positiven Bereich liegen, werden die Interventionen bei der AWMF sehr positiv eingeschätzt. Informationsmaterial und Selbsthilfe hat weniger Interventionsergebnisse, diese sind aber dafür sehr gut, d. h., dass hohe Empfehlungsgrade erreicht werden. Anreize sind weniger untersucht und erhalten überwiegend schwach positive Empfehlungsgrade. Dies gilt auch für Feedback über Biomarker, wobei hier ausschließlich 0+-Bewertungen vorliegen. Rückfallprävention ist nur einmal untersucht und erhält eher positive Empfehlungsgrade. Pharmakologische Interventionen werden insgesamt sehr häufig untersucht. Insbesondere für NET, Bupropion und Vareniclin gibt es hohe Empfehlungsgrade, denen allerdings durch die DEGAM widersprochen wird (vgl. AWMF 2015a). Bei vulnerablen Zielgruppen, wie z. B. Schwangeren oder

Jugendlichen wird der Gebrauch nur eingeschränkt empfohlen oder es wird deutlich davon abgeraten. Mit Ausnahme von Cytisin und Clonidin wird von allen weiteren Medikamenten zur Tabakentwöhnung in der AWMF-Leitlinie abgeraten. Hier liegen überwiegend unsicher positive Empfehlungen aus den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration vor. Das ist aus dem Ableitungssystem für die Empfehlungsgrade (Umkodierung) und daraus zu erklären, dass hier eine breitere Schaden-Nutzen-Abwägung tendenziell nicht getroffen wird. Von Alternativen Hilfen zur Tabakentwöhnung wird in der AWMF-Leitlinie mit Ausnahme der Hypnotherapie abgeraten. Die „Kollektivinterventionen“ (Medien, Gesetze und Verbote, Produktbezogene Interventionen, Gesundheitssystembasierte Interventionen, Preisbezogene und steuerliche Interventionen und Interventionen zur Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring) erhalten überwiegend positive Empfehlungsgrade. Die Elektronische Zigarette ist umstritten und sollte laut der AWMF-Leitlinie nicht angeboten werden (B-).

Die Arbeit des vorliegenden Kapitels hat einige Limitationen. Hier ist die hohe Aggregatsebene zu nennen, auf der Informationen auf der Ebene von Einzelstudien nicht in allen Details eingeschlossen werden können. Somit sind Einzelheiten, was z. B. Begriffe für Interventionen angeht, nicht zurückführ- und abbildbar. Das Kategoriensystem, das aufgrund von Begriffen gebildet wurde, ist variabel und hätte unter anderen Gesichtspunkten anders gestaltet werden können. Allerdings sollte hier die Breite aller möglichen Interventionen auf Basis der FCTC abgebildet werden. Weiterhin erfolgte die Ableitung der Empfehlungsgrade in einem nicht validierten Verfahren. Zum Teil resultierten daraus zwischen den Systematic Reviews der Cochrane Collaboration und der AWMF-Leitlinie abweichende Empfehlungsgrade für gleiche oder ähnliche Interventionen. Der Umfang und die Vollständigkeit der Evidenz sind insofern kritisch zu sehen, als dass nur Interventionen einbezogen wurden, die in Systematic Reviews untersucht wurden. Zudem muss auch berücksichtigt werden, dass externe Einflussfaktoren die Entscheidung beeinflussen, welche Interventionen überhaupt beforscht werden. So ist es möglich, dass es wirksame Interventionen gibt, zu denen keine Studien oder Systematic Reviews angefertigt werden. Weiterhin wurden in der vorliegenden Untersuchung stigmatisierende Effekte von Tabakkontrollinterventionen oder solche, die soziale Ungleichheiten verstärken, nicht einbezogen.

Unter den beschriebenen Bedingungen kann festgestellt werden, dass das Ziel, die Wirksamkeit und Nicht-Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen aus der FCTC in einer übersichtlichen und leicht zu erfassenden Form darzustellen, in Teilen erreicht wurde. Zu einigen der Interventionen konnten dagegen keine Ergebnisse identifiziert

werden. Hinzu kommt, dass Ergebnisse für Tabakkontrollinterventionen in LMIC in der hier zugrunde gelegten Evidenzbasis nicht vorhanden sind (LIC) bzw. in einer Menge vorhanden, die als nicht repräsentativ befunden wurde (MIC). Insofern konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur eine Extrapolation der gefundenen Informationen auf die Region der LMIC vorgenommen werden. Die Evidenzbasis ist somit stark HIC-basiert und grenzt damit eine Ländergruppe weitgehend aus, in der das Problem des Tabakgebrauchs am gravierendsten ist (vgl. WHO 2019). Zudem zeigt dieses Ergebnis auch, dass valide und belastbare Studien zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC offensichtlich gar nicht bzw. nicht ausreichend vorhanden sind.

Interessant wäre an dieser Stelle, ob Tabakkontrollinterventionen in unterschiedlichen Ländern bzw. Kulturen und besonders im Hinblick auf LMIC entsprechend andere Auswirkungen haben und welche Faktoren im Einzelnen dabei eine Rolle spielen und in der Praxis zu beachten wären.

Die Ergebnisse sind aufgrund einiger Limitationen, wie der hohen Aggregationsebene und des nicht validierten Systems zur Ableitung von Empfehlungsgraden mit einigen Unschärfen behaftet. Dennoch ist zu erwarten, dass die wesentliche Tendenz in Bezug auf die Forschungsfrage, die hier leider im Wesentlichen nur für die HIC beantwortet wurde, realitätsnah abgebildet wurde. Das wird dadurch unterstrichen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit denen von vergleichbaren Untersuchungen weitgehend übereinstimmen bzw. diese ergänzen. Somit kann festgestellt werden, dass eine Bandbreite von evidenzbasierten Tabakkontrollinterventionen existiert, die bei Individuen und kleineren Gruppen, aber auch bei ganzen Bevölkerungen und Bevölkerungsanteilen angewendet werden können, die sich in Abstufungsgraden unterschiedlich stark gesundheitsfördernd auswirkt und wahrscheinlich einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von Morbidität und frühzeitiger Mortalität leisten kann. Bei der Extrapolation der Ergebnisse auf LMIC müssen lokale Strukturen und Kontexte berücksichtigt werden.

Im folgenden Teil der Arbeit wird näher ergründet, wie Tabakkontrolle und die darin enthaltenen Tabakkontrollinterventionen in deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit wahrgenommen werden bzw. welche Haltung dazu vorhanden ist. Dafür werden u. a. die untersuchten und beschriebenen Tabakkontrollinterventionen auf den Prüfstand (aus Sicht der deutschen Entwicklungszusammenarbeit) gestellt.

Zweiter Teil: Befragung zur Umsetzung und Bedeutung von Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Einleitung

Das Kapitel zur Evidenzlage von Tabakkontrollinterventionen hat gezeigt, dass es einige Interventionen gibt, die beforscht wurden und für deren Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit, eine relativ belastbare Evidenzbasis existiert. In der Literatur wird allerdings kritisch angemerkt, dass Tabakkontrolle keinen Eingang in wesentliche armuts- und entwicklungsbezogene Diskurse sowie nur geringfügig in Entwicklungsprogramme gefunden habe (Reddy 2012: 283; Collin 2012: 276). Die Umsetzung der Maßnahmen aus der FCTC ist dagegen inzwischen Bestandteil der neuen Nachhaltigkeitsagenda 2030 (vgl. WHO FCTC 2019) geworden. Auf internationaler Ebene gibt es mit der Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF, vgl. Bill and Melinda Gates Foundation 1999 – 2020) und der Bloomberg Foundation (vgl. Bloomberg.org Group 2020) zwei prominente Beispiele für Organisationen, die Tabakkontrollinterventionen in LMIC unterstützen. Auch die kanadische NRO HealthBridge (vgl. HealthBridge Foundation of Canada 2020) zeigt, wie Tabakkontrolle in Projekten der Entwicklungszusammenarbeit umgesetzt werden kann. Einer orientierenden Internetrecherche zufolge ist Tabakkontrolle aber bis dato trotz der weltweiten gesundheitlichen Belastung durch Tabakgebrauch und der Forderung aus der Literatur, Tabakkontrolle in Entwicklungsprogramme zu integrieren, kein Aufgabenbereich von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit.

In einer gemeinsamen Broschüre des „Forum Umwelt und Entwicklung“, „Unfairtobacco.org“ und „Brot für die Welt“ wird das fehlende Engagement von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich von Tabakkontrolle, unter Verweis auf Artikel 26.3 der FCTC kritisiert (Von Eichborn und Abshagen 2015: 33). In diesem Artikel der FCTC wird die Bereitstellung von Finanzmitteln für Tabakkontrolle in LMIC über verschiedene „Formate“, worunter auch Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit fallen können, bestimmt: „Die Vertragsparteien fördern gegebenenfalls die Nutzung bilateraler, regionaler, subregionaler und sonstiger multilateraler Wege zur Bereitstellung von Finanzmitteln für die Entwicklung und Stärkung umfassender sektorübergreifender Programme zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in Entwicklungsländern und Ländern mit im Übergang befindlichen Wirtschaftssystemen, die Vertragsparteien sind. [...]“ (Kahnert et al. 2011: 38). Kritisch anzumerken ist, dass die Aufgaben von Entwicklungszusammenarbeit grundsätzlich breiter gefasst werden, als finanzielle Mittel bereitzustellen (Klingebiel 2013: 2). So werden dann auch in Artikel 26.5.a der FCTC ergänzend zu finanziellen, technische und sonstige Mittel erwähnt (Kahnert et al. 2011: 39).

Ziel und Fragestellung

Das Ziel im vorliegenden Kapitel ist es herauszufinden ob deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in der Tabakkontrolle aktiv sind und welche Haltung sie zur Tabakkontrolle haben. Dabei stehen die Organisationen als Handelnde in oder für LMIC im Mittelpunkt des Interesses. Ihre Perspektive zur Integration von Tabakkontrolle in ihre Aktivitäten soll betrachtet werden. Dazu wurde folgende Fragestellung entwickelt: Wie nehmen deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit ihre Rolle in der Tabakkontrolle wahr?

Um die Fragestellung beantworten zu können, wurden deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit zu verschiedenen Themenkomplexen befragt. Dabei ging es um deren Einschätzung der Bedeutung von Tabakkontrolle und ob aktuell Tabakkontrollinterventionen durchgeführt bzw. unterstützt werden und wenn ja welche und mit welchem Erfolg. Es wurde angenommen, dass diese Aktivitäten nicht in jedem Fall auf der Organisations-Internetseite dargestellt werden und somit für die Autorin nicht immer einsehbar waren. Ein weiteres Thema sind Barrieren gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle. Zentral für die Arbeit ist es ebenso, eine Einschätzung zu den diversen Tabakkontrollinterventionen aus der Ergebnistabelle des Evidenzteils zu erhalten.

Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit für die Befragung besteht aus allen deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit. Eine genaue definitorische Abgrenzung von Entwicklungszusammenarbeit wird in der Literatur diskutiert (Klingebiel 2013: 6). In der vorliegenden Untersuchung wird ein breites Verständnis von Entwicklungszusammenarbeit zugrunde gelegt. Dies reicht von der organisationseigenen Durchführung von Projekten im jeweiligen Partnerland über die Beauftragung einer Partnerorganisation oder eine Mittelbeisteuerung bis hin zu Bildungs- und Aufklärungsarbeit in Deutschland. Die Grundgesamtheit umfasst alle deutschen Regierungs- (RO) und NRO der Entwicklungszusammenarbeit. Für die Stichprobe wurde zunächst der VENRO (2020) mit 138 Mitgliedsorganisationen¹⁹² als Hilfsmittel zur Auswahl von NRO in Betracht gezogen. Es wurde Kontakt zur AG Gesundheit (vgl. VENRO 2020a) aufgenommen und das Angebot angenommen, das Anschreiben mit dem Link zum Fragebogen über deren Verteiler mit etwa 70 Kontakten zu verschicken. Dadurch wurde eine präzise Ansprache von Organisationen aus dem Gesundheitsbereich und über die Verteilernutzung eine höhere Ausschöpfungsquote (Scholl 2018: 33) erwartet, als bei einer Kontaktaufnahme zu allen

¹⁹² Vgl. Anhang V

VENRO-Organisationen über deren Internetauftritt. Der Nachteil war, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Organisationsnamen bekannt gemacht wurden, so dass die Autorin nicht wusste, an welche Organisationen des VENRO der Link zur Befragung verschickt wurde¹⁹³.

Um auch RO einzubeziehen, wurde die Liste „Organisationen und Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland“ des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ, vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2010 – 2020) mit 75 Organisationen verwendet. Darin sind 22 Organisationen enthalten, die auch im VENRO vertreten sind inklusive des VENRO selber. Das bedeutet, dass auf der BMZ-Liste neben RO auch NRO vertreten sind. Die 22 Organisationen, die auch im VENRO vertreten sind, wurden nicht einbezogen, da sie, falls relevant, über den Verteiler der AG Gesundheit des VENRO erreicht werden sollten.

Weiterhin sind fünf Programme in der Liste des BMZ enthalten, die zu der Organisation „Engagement global“ gehören. In einem Anruf in dieser Organisation am 19.11.2019 wurde dort die Empfehlung ausgesprochen, den Fragebogenlink nur an die zentrale E-Mail-Adresse zu senden. Am 19.11.2019 wurde ein Anruf im Zivilen Friedensdienst (ZFD) getätigt. Daraus ging hervor, dass dieser aus einem Konsortium von Organisationen besteht, die mehrheitlich über den VENRO und über die BMZ-Liste bereits abgedeckt waren. Die zwei Organisationen, für die dies nicht zutrifft (Kurve Wustrow, Peace Brigades International) wurden der Liste daraufhin hinzugefügt, während der ZFD selber von der Liste entfernt wurde. Somit ergeben sich aus der BMZ-Liste 49 Organisationen als Zielgruppe für die Befragung. Insgesamt umfasst die Stichprobe also ca. 119 Organisationen¹⁹⁴.

Tab. XXI: Umfang der Stichprobe für die Befragung von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit (eigene Darstellung)

VENRO: Verteiler der AG Gesundheit	„Etwa 70 Organisationen“
BMZ: „Organisationen und Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland“	+ 75 Organisationen (Liste) - 22 Organisationen (VENRO) - 5 Organisationen (Engagement Global) + 2 Organisationen (Konsortium ZFD)

¹⁹³ Aus den Informationen zu den Organisationen der VENRO-Mitgliederliste (<https://venro.org/mitglieder/unsere-mitglieder>, ca. 08-2020) geht hervor, dass 48 Organisationen schwerpunktmäßig oder nebenbei im Gesundheitsbereich tätig sind (vgl. Markierungen: Anhang). Bei diesen ist zu vermuten, dass sie über den Verteiler der AG Gesundheit erreicht wurden. Die ausstehenden, etwa 22 Organisationen, die über den Verteiler adressiert wurden, bleiben im Rahmen dieser Arbeit allerdings unklar [d. Verf.].

¹⁹⁴ Ca.-Angabe, da beim VENRO-Verteiler eine ungefähre Zahl genannt wurde [d. Verf.].

	- 1 Organisation (ZFD)
GESAMT	Ca. 119 Organisationen

Um passende Ansprechpartner für die Befragung zu erreichen, wurde eine Recherche auf den Internetseiten der Organisationen der BMZ-Liste vorgenommen. Es wurde nach Mitgliedern der Geschäftsführung oder aus den Bereichen Gesundheit/Public Health/Entwicklungszusammenarbeit/Entwicklungspolitik/Internationale Politik gesucht und deren Kontaktadressen genutzt. Damit wurde das Ziel verfolgt, Experten und Personen mit Entscheidungskompetenz zu erreichen, die Aussagen über den gefragten Bereich treffen können. Wenn zu der jeweiligen Kontaktperson keine E-Mail-Adresse angegeben wurde, wurde die Person unter Verwendung der allgemeinen E-Mail-Adresse unter der Rubrik „Kontakt“ oder „Impressum“ adressiert. Wenn keine geeignete Ansprechperson über den jeweiligen Internetauftritt identifiziert werden konnte, wurde telefonisch nachgefragt (insgesamt sieben Mal). Wurde hier keine passende Ansprechperson genannt, wurde die Adressierung allgemein gehalten („Sehr geehrte Damen und Herren“).

Es fiel auf, dass in der BMZ-Liste, analog zu dem sich in der vorliegenden Arbeit abzeichnenden¹⁹⁵, ein breites und heterogenes/diverses Verständnis von Entwicklungszusammenarbeit vertreten ist. Das drückt sich darin aus, dass beispielsweise Organisationen wie die Alexander von Humboldt Stiftung (AvH), der Deutsche Akademische Austauschdienst (DAAD), die bundesweiten politischen Stiftungen, das Goethe-Institut und das Haus der Kulturen der Welt darin enthalten sind. Somit wurden hier auch Organisationen adressiert, die nicht im „klassischen“ Sinn Entwicklungszusammenarbeit betreiben sowie, die keinen direkten Bezug zum Gesundheitsbereich aufweisen.

Methoden

Als Instrument zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde die Online-Befragung ausgewählt. Diese hat Gemeinsamkeiten mit der schriftlichen Befragung, findet allerdings im Internet statt und ist computerbasiert (Scholl 2018: 53).

Folgende Vorteile von schriftlichen und Online-Befragungen sprechen für deren Anwendung zur Beantwortung der Forschungsfrage im vorliegenden Kapitel:

- Geringer organisatorischer, zeitlicher und finanzieller Aufwand (kein Interviewerstab, Automatisierung der wesentlichen Schritte bei der Online-Befragung)
- Gute Erreichbarkeit (breite geografische Streuung, Unabhängigkeit von Tageszeiten)

¹⁹⁵ Vgl. Entwicklungszusammenarbeit (64 ff.)

- Beeinflussung durch Auftreten von Interviewern entfällt
- Anonymität der Befragten ist erhöht, da Kontakt zu Interviewern entfällt
- Zeitpunkt und Tempo der Fragenbeantwortung kann selber gewählt werden, vertieftes Nachdenken über die Fragen möglich
- Zusätzliche Auswertungsmöglichkeiten (bei der Online-Befragung), z. B. wie Fragen beantwortet wurden, Antwortverhalten von Abbrechern
- Geringe Kosten (ebd.: 44 – 45 und 57 – 58).

Operationalisierung der Fragestellung

Im Zentrum steht hier die Frage, wie deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit ihre Rolle in der Tabakkontrolle wahrnehmen. Durch vier Indikatoren und verschiedene Variablen wurde die Forschungsfrage operationalisiert:

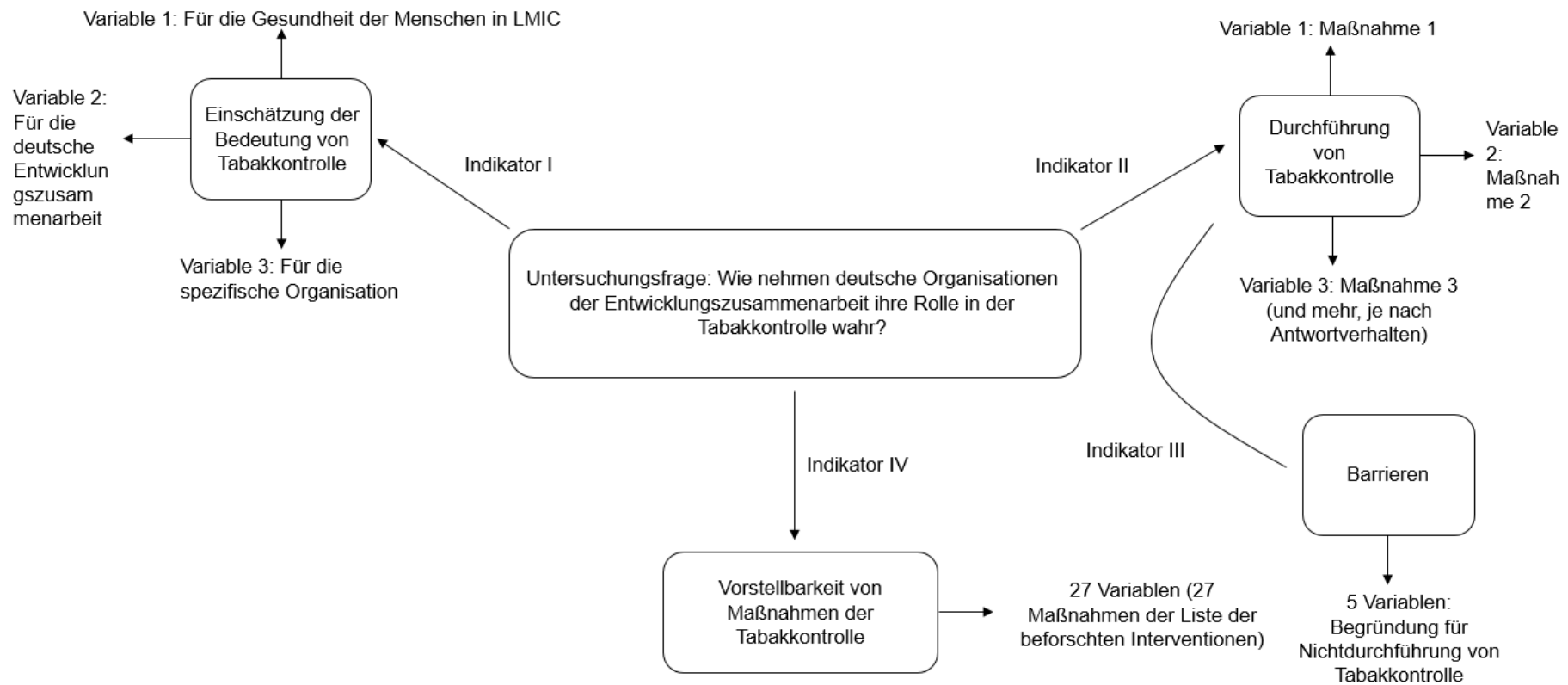


Abb. XIX Operationalisierung der Fragestellung (eigene Darstellung)

Es wurde eine teilstandardisierte Befragungsform (ebd.: 77) gewählt. Das bedeutet, dass vorrangig geschlossene Fragen gestellt wurden, bei denen Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden. Damit soll die Vergleichbarkeit zwischen den Untersuchungsobjekten hergestellt werden (ebd.: 24).

Der Prätest

Nach dem ersten Entwurf des Fragebogens im Word-Format wurde ein mehrstufiges Prätest-Verfahren in Anlehnung an Porst (2014: 189ff.), Kirchhoff et al. (2006: 24ff.) und Geyer (2003: 133ff.) durchgeführt, um in mehreren Feedback-Schleifen die Qualität des Fragebogens zu verbessern. Dabei wurden verschiedene Mitarbeitende der Forschungsabteilung einzeln unter Vorlage der Word-Version befragt sowie telefonische Interviews mit zwei Personen, die in der Entwicklungszusammenarbeit tätig sind, geführt. In der letzten Schleife wurde die erste Online-Version des Fragebogens in einem Abteilungstreffen in der Gruppe diskutiert:

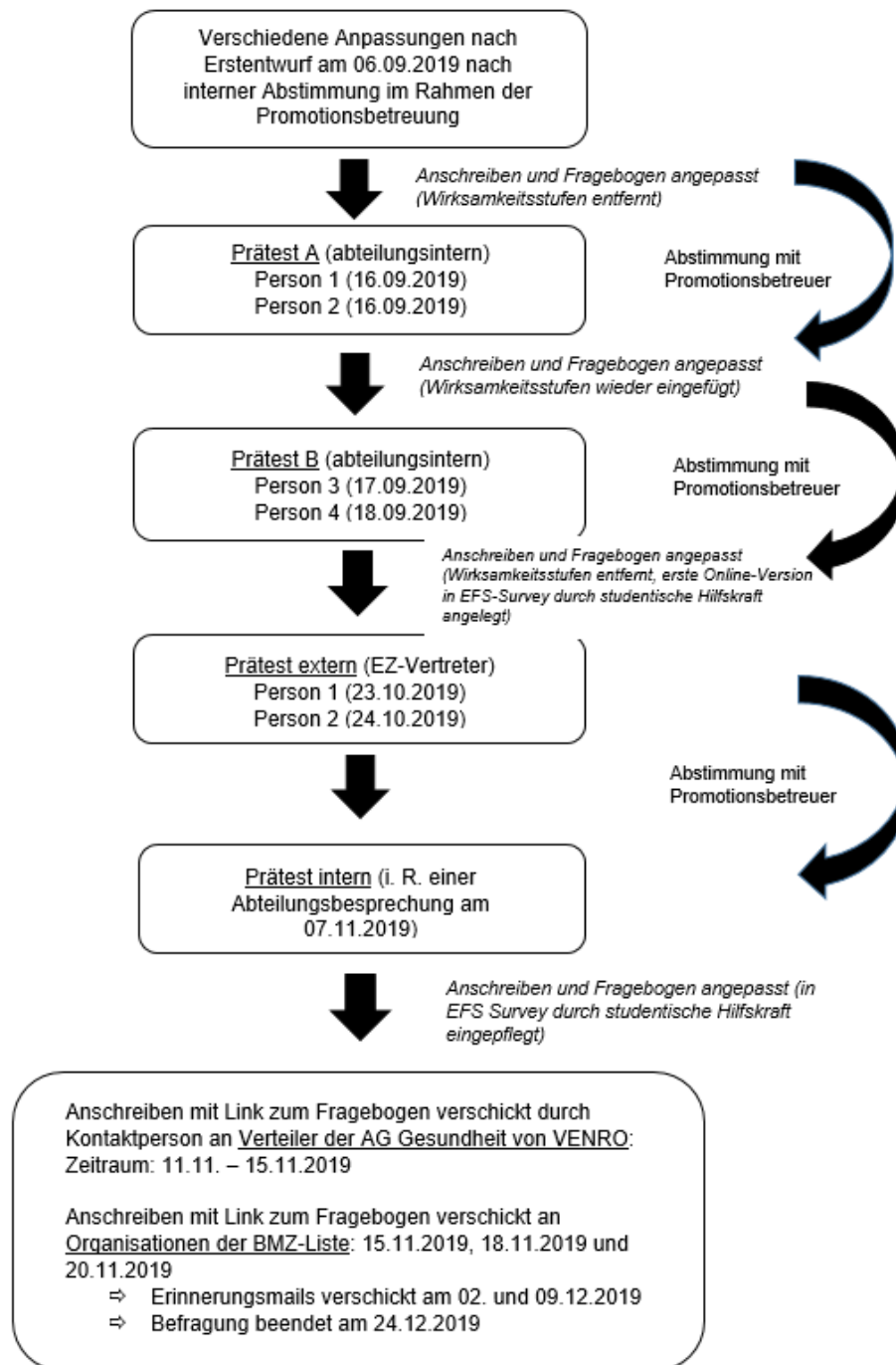


Abb. XX: Das Prätest-Verfahren zur Erstellung der Online-Befragung (eigene Darstellung)

Das angewendete Prätest-Verfahren war eine Mischung aus einem Standardprätest, in dem die Befragten von sich aus mitteilen, was ihnen auffällt (Geyer 2003: 134) und einem kognitiven Verfahren (vgl. Prüfer und Rexroth 2005) mit Nachfragen der Autorin.

Folgende Nachfragetechniken (engl. Probing) [ebd., S. 5] wurden angewendet:

- Nachfragen zum Verständnis (engl. Comprehension Probing) [ebd.: 6]

- Nachfragen zur Wahl der Antwortkategorie/des Skalenwertes (engl. Category Selection Probing) [ebd.: 7]
- Nachfragen zum Besitz relevanter Informationen [ebd.: 8]
- Nachfragen zur Informationsbeschaffung/-gewinnung (engl. Information Retrieval Probing) [ebd.: 9]
- Unspezifische Nachfragen (engl. General Probing) [ebd.: 9ff.]

Ablauf des Prätests

Im Folgenden wird beschrieben, wie bei dem Prätest vorgegangen wurde.

Prätests A und B (abteilungsintern)

Den Abteilungsmitarbeitenden wurden das Anliegen und die Thematik der Befragung mündlich erklärt und der Fragebogen (inkl. des Anschreibens) per E-Mail im Word-Format zugesendet. Es wurde darum gebeten, sich in einen Mitarbeitenden einer deutschen Organisation der Entwicklungszusammenarbeit, wie z. B. Medico International (vgl. medico international 2020), Caritas International (vgl. Caritas international 2020) oder Ärzte ohne Grenzen (vgl. Medecins sans frontieres/Ärzte ohne Grenzen e. V. o.J.) zu versetzen und den Fragebogen aus dessen Perspektive zu beantworten und zu beurteilen. Es wurde um einen Termin gebeten, um den Fragebogen zu besprechen. Ob eine erste Rückmeldung über die Kommentar-Funktion im Word-Dokument oder eine Klärung aller Fragen und Anmerkungen im Gespräch selber erfolgt, wurde den Prätest-Kandidaten freigestellt.

Der Leitfaden für das Prätest-Gespräch umfasst folgende zentrale Fragen:

- Wie ist der Gesamteindruck vom Fragebogen (z. B. Länge des Fragebogens o. ä.)?
- Wie ist das Verständnis der Fragen und einzelner Begriffe (nach den einzelnen Fragen)?
- Welche Erklärungen müssen für ein besseres Fragenverständnis (noch) gemacht werden?
- Wie ist die Handhabung der Antwortkategorien?
- Sind die Fragen aus der Perspektive einer/s Mitarbeitenden einer deutschen Organisation der Entwicklungszusammenarbeit inhaltlich beantwortbar (Informationsbeschaffung)?
- Fühlt man sich unter Druck gesetzt, der Tabakkontrolle zuzustimmen?
- Wirkt der Fragebogen moralisierend?
- Gibt es weitere Fragen, die man stellen könnte?

Die Fragen wurden flexibel, je nach Gesprächsverlauf, eingebracht. Situationsabhängig wurden ergänzende Nachfragen gestellt (Scholl 2018: 70 – 71). Es wurden schriftliche Notizen des Gesprächs angefertigt.

Prätest extern (EZ-Vertreter)

Zwei dem Promotionsbetreuer bekannte Experten im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit erklärten sich auf eine per E-Mail gesendete Anfrage dazu bereit, am Prätest teilzunehmen. Der modifizierte Fragebogen (inkl. Anschreiben) wurde den zwei Personen im Word-Format per E-Mail zugesendet. Darauf folgten Telefoninterviews, bei denen der bereits beschriebene Leitfaden genutzt wurde. Bei einem der Interviews nahm zu Beginn der Promotionsbetreuer teil. Die Gesprächsinhalte wurden während der Telefonate schriftlich festgehalten.

Prätest intern (Gruppendiskussion)

Für die letzte Feedback-Schleife wurden das Anschreiben und der Link zu der ersten Version der Online-Befragung an die Abteilungsmitglieder geschickt. Dabei wurde das Anliegen des Fragebogens kurz beschrieben und um eine allgemeine Rückmeldung sowie speziell zum Aufbau, zur Formulierung, zur digitalen Umsetzung und zur Präsentation der Maßnahmenliste der beforschten Interventionen (Fragen 12 und 15¹⁹⁶) gebeten. Die Rückmeldung erfolgte im Rahmen einer Abteilungsbesprechung. Einzelne Themen wurden aufgegriffen und diskutiert. Auch hier wurde eine Mitschrift während der Diskussion angefertigt.

Ergebnisse des Prätests

Die Anmerkungen der verschiedenen Prätest-Kandidaten waren anteilig ergänzend, sich entsprechend und sich widersprechend.

Um die Ergebnisse der Prätests zu beschreiben, wurden aus den Mitschriften der verschiedenen Prätest-Runden inhaltliche Kategorien aus dem Material heraus (induktiv) gebildet (Bortz und Döring 2006: 329 – 330). Die Anmerkungen der Prätestkandidaten wurden diesen Kategorien zugeordnet.

Es wurden folgende Kategorien aus dem Material gebildet:

- Allgemeine Anmerkungen
- Formalitäten
- Antwortkategorien
- Fragen-/Begriffsverständnis

¹⁹⁶ Vgl. Anhang VIII

- Informationsbeschaffung
- Wirkung
- Inhaltliche Angaben.

Im Folgenden werden die Rückmeldungen aus den Feedback-Schleifen pro Kategorie beschrieben.

Allgemeine Anmerkungen

Hier kam die Länge des Fragebogens zur Sprache. Andererseits wurde in einem Prätest die Rückmeldung gegeben, dass Länge und Verständlichkeit des Fragebogens „gut“ (Prätest A, abteilungsintern) seien.

Formalitäten

Es wurden Anmerkungen zur Nutzenherausstellung, zur Signatur, zu den Erklärungen und zur Optik des Fragebogens gemacht.

Antwortkategorien

Durch die mehrmals verwendete ungerade Siebenerskala sei eine „Fluchtkategorie“ (Porst 2014: 83) gegeben. Auch könnten die mehrmals verwendeten Skalenvorgaben dazu führen, dass Fragen im „Response Set“ (Porst 2014: 17) beantwortet würden. Weiterhin wurden bei der Frage 9 konkretere Antwortmöglichkeiten gefordert.

Fragen 12 und 15 (Maßnahmenliste)

In der ursprünglichen Idee sollte die Angabe der Wirksamkeitsgrade den Organisationen als Beweis einer hohen Anzahl von gut wirksamen und wirksamen Interventionen dienen. Da die Wirksamkeitsangabe zu den Maßnahmen das Antwortverhalten beeinflussen könne, wurden die Wirksamkeitsgrade aber wieder entfernt.

Als problematisch wurden immer wieder die unterschiedlichen medikamentösen Interventionen angesprochen (Prätest A, abteilungsintern; Prätest extern, Experteninterviews). Es wurde bemerkt, dass ein Kenntnis der unterschiedlichen Medikamente bei den Befragten wahrscheinlich nicht vorläge.

Fragen-/Begriffsverständnis

Allgemein wurde angemerkt, dass die „Sprache“ des Fragebogens nicht zu wissenschaftlich sein dürfe und an die Zielgruppe angepasst werden müsse. Einige Begriffe wurden kritisiert oder es wurden Erklärungen bzw. Definitionen gefordert. Auch wurden Änderungen von Formulierungen vorgeschlagen. In Bezug auf die zugesicherte Anonymität wurde bemerkt, dass es verwirrend sei, dass diese trotz Angabe von Kontaktdaten

gesichert sein solle und dass man dies genauer erklären müsse.

Kategorisierung der Fragen 12 und 15 (Maßnahmenliste)

Im Laufe des Prätest-Verfahrens wurde die Entscheidung getroffen, die Maßnahmen nicht nach Wirksamkeitsgraden (s. o.), sondern nach den im vorherigen Kapitel abgeleiteten Oberkategorien von „Individual- und Kollektivinterventionen“ darzustellen. Dabei fiel auf, dass diese Formulierung eine gewisse ideologische Überladung impliziert, was dem Prinzip der Neutralität entgegensteht (Scholl 2018: 155). Aus diesem Grund wurden die Begriffe „Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen“¹⁹⁷ für „Individualinterventionen“ und „Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen“ für „Kollektivinterventionen“ verwendet.

Informationsbeschaffung

Hierzu wurde im Prätest A (abteilungsintern) angemerkt, dass darauf zu achten sei, die Befragung an Personen mit Entscheidungsbefugnis zu richten, da sonst die Fragen nicht beantwortet werden könnten (konzeptioneller, übergreifender Charakter der Fragen).

Wirkung

Frage 13¹⁹⁸ wurde in der ersten Version als „provokativ“ und „vorwurfsvoll“ (Prätest A, abteilungsintern) wahrgenommen. Insgesamt wurde der Fragebogen aber als neutral und nicht moralisierend empfunden (Prätest A, abteilungsintern, u. a.).

Inhaltliche Angaben

Einige Prätest-Kandidaten machten inhaltliche Angaben zum Thema der Befragung. Es wurde z. B. die Meinung geäußert, dass Interventionen, wie Aufklärung und Bildung favorisiert werden, da Personen selber ihr Verhalten ändern sollen, anstatt durch Verbote oder Anreize (Prätest B, abteilungsintern). Als Barriere zur Umsetzung von Tabakkontrolle wurde der Konflikt mit den Tabakkonzernen genannt. Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen medikamentösen Interventionen wurde das Thema der „Medikalisierung“ erwähnt.

Die Anregungen der Prätest-Teilnehmenden wurden mit dem Promotionsbetreuer jeweils nachbesprochen, um zu entscheiden, welche der Ideen sinnvoll erschienen und umgesetzt werden konnten. Die Anregungen der Prätest-Teilnehmenden lösten im Einzelgespräch zwischen Autorin und Promotionsbetreuer immer wieder neue Ideen aus, die zur Erstellung der finalen Fragebogenversion beitrugen.

¹⁹⁷ Dies umfasst auch Maßnahmen, die sich auf kleinere Gruppen beziehen [d. Verf.].

¹⁹⁸ Vgl. Anhang VIII

Erstellen des Fragebogens

Der Fragebogen wurde zunächst in einer Word-Vorlage erstellt. Die Antwortmöglichkeiten zu der Anzahl von freiwilligen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden wurden herabgesetzt, um die wahrscheinlich wahren Werte besser zu treffen. Alle Fragen mit polytomen (mehrgeteilten: Scholl 2018: 165) Antwortskalen wurden von endpunktbenannten Siebenerskalen in verbalisierte Sechskerskalen umgewandelt, um eine Tendenz zur Mitte zu verhindern und um zu vermeiden, dass Befragte über die Bedeutung der Skalenpunkte nachdenken müssen (Porst 2014: 79 – 84).

Enterprise Feedback Suite (EFS Survey)

Die Befragung wurde über das Programm „EFS Survey“ durchgeführt. EFS Survey ist eins von mehreren Produkten der Questback GmbH (Questback GmbH 2015: 2). Das Programm wird als Webapplikation zur Verfügung gestellt. Das bedeutet, dass es über das Internet bedient werden kann, ohne dass eine Installation auf einem Rechner erforderlich ist (ebd.: 31). Dabei wird die Datensicherheit vom Hersteller u. a. über ISO 27001, SOC, PCI und SSAE16 garantiert (vgl. Questback 2017 – 2019). Als Ergänzung zu den vorab dargestellten Vorteilen der schriftlichen und Online-Befragung stellte es sich als positiv heraus, dass das Programm bereits während der Befragung Einblicke in die gesammelten Daten möglich macht (ebd.: 585ff.). Die Übertragung des vorab erstellten Fragebogens im Word-Format in die Online-Befragung über EFS Survey wurde von einer studentischen Hilfskraft im Oktober und November 2019 in Abstimmung mit Autorin und Promotionsbetreuer in mehreren Überarbeitungsschleifen vorgenommen.

Der Fragebogen

Der folgende Algorithmus zeigt den Fragebogaufbau und Fragenverlauf, inklusive der inhaltlichen Aspekte der einzelnen Fragen und deren Form (Scholl 2018: 147 – 157):

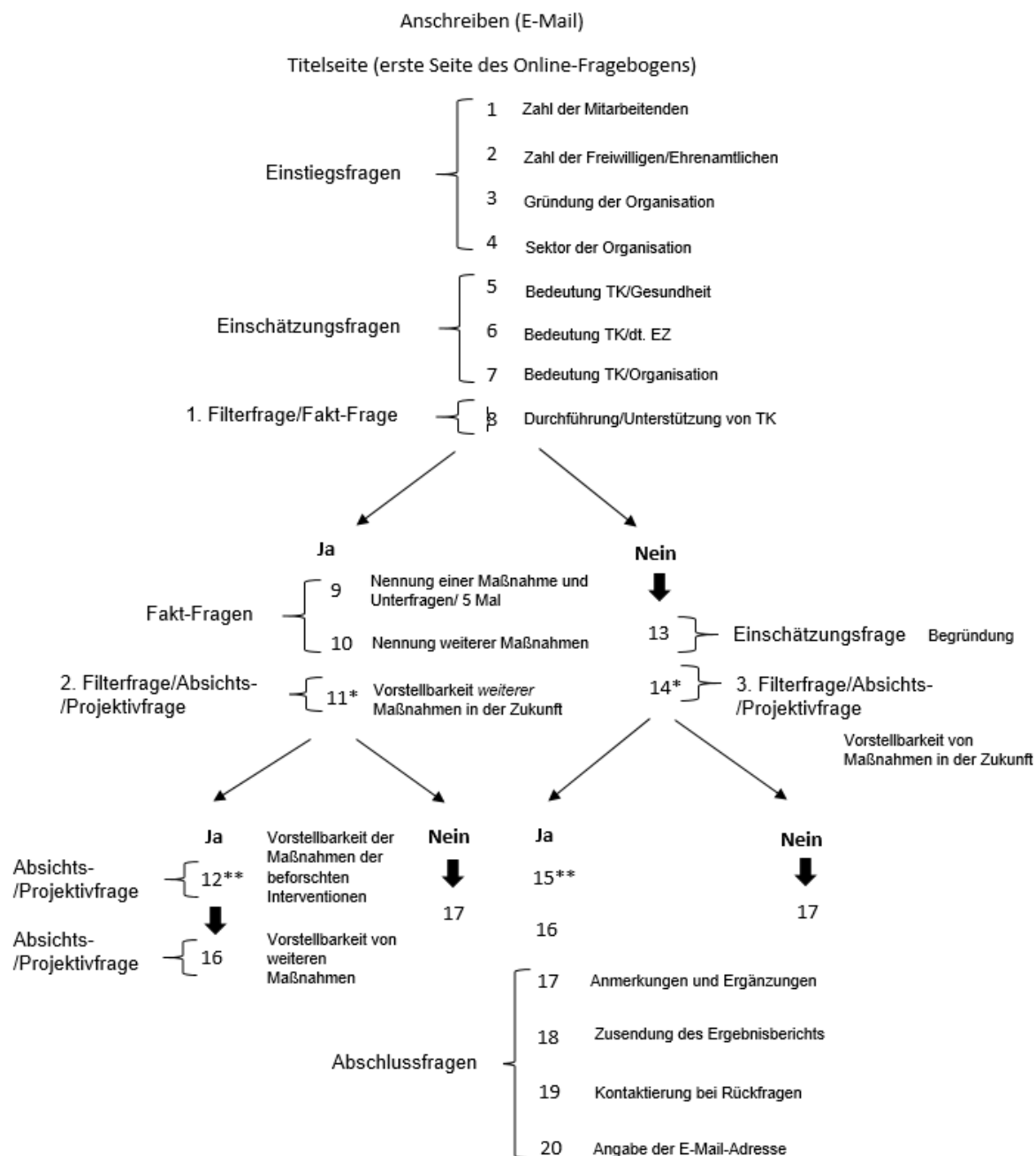


Abb. XXI: Algorithmus der Online-Befragung zur Tabakkontrolle in der Entwicklungszusammenarbeit (eigene Darstellung)¹⁹⁹

Das Anschreiben²⁰⁰ erfüllt dabei eine wichtige Funktion, da demnach die erste Entscheidung fällt, ob an der Befragung teilgenommen wird.

Der Hintergrund und wissenschaftliche Zusammenhang der Befragung wurden hier kurz und neutral dargestellt, um Suggestion, Druckaufbau und Moralisierung zu vermei-

¹⁹⁹ *Fragen 11 und 14 unterscheiden sich ausschließlich in dem Wort „weiterer“

**Fragen 12 und 15 sind identisch

²⁰⁰ Vgl. Anhang VII

den²⁰¹. Um die Seriosität zu erhöhen, wurde auch der Promotionsbetreuer als Ansprechpartner aufgeführt. Als Anreiz wurde das Zusenden des Ergebnisberichts in Aussicht gestellt. Zusätzlich zu den genannten Bereichen wurde die Dauer der Befragung als ein wichtiges Kriterium eingefügt.

Die Titelseite erschien nach dem Anklicken des Links zum Fragebogen für diejenigen Adressaten, die in Folge des Anschreibens an der Befragung teilnehmen wollten. Hier wurden die Aspekte aus dem Anschreiben wiederholt, die für das Ausfüllen des Fragebogens erforderlich waren (Dauer der Befragung, Frist, Vertraulichkeit/Anonymisierung, Möglichkeit den Ergebnisbericht zu erhalten, Ansprechpartner).

Mit Ausnahme der Filterfragen und der Frage 10 wurde von Pflichtfragen abgesehen. Das bedeutet, dass die Teilnehmenden einzelne Fragen auch unbeantwortet lassen konnten. Damit sollten Abbrüche bei Personen vermieden werden, die einzelne Fragen nicht beantworten konnten oder wollten.

Der Fragebogen ist im Anhang (VIII) einsehbar. Dabei markieren die Befehlshinweise „Weiter“ und „Zurück“ das Ende der jeweiligen Seite. Bei den Antwortskalen wurden Felder bereitgestellt, die zur Wahl der jeweiligen Option angeklickt werden konnten. Hier war bis auf die Frage 13 jeweils nur eine Angabe möglich. Bei den offenen Fragen [hier markiert durch: (...)] wurde ein Feld zur Texteingabe bereitgestellt.

Ethik und Datenschutz

Ethische Probleme in der Forschung werden vorrangig mit der Forschung am Menschen (vgl. Maio 2002: 30ff.) und personenbezogenen Daten (vgl. Freie Hansestadt Bremen o. J.; Akademischer Senat der Universität Bremen 2003) in Verbindung gebracht. Ethische Problemfelder sind z. B. der Schutz der Privatsphäre und der Menschenwürde und körperliche oder psychische Beeinträchtigungen in Folge des Untersuchungsablaufs (Bortz und Döring 2006: 41 – 45).

In der vorliegenden Online-Befragung geht es um die Eruiierung von Einschätzungen und Sachverhalten, wobei keine organisations- oder personenbezogene Auswertung stattfindet.

Ethische Probleme können aber auch bei der Erstellung von Fragebögen auftreten, wenn z. B. Rezipienten durch übermäßig lange Fragebögen strapaziert werden oder kein sensibler Umgang mit heiklen Themen stattfindet (Scholl 2018: 239 – 240).

Das größte Problem der hier durchgeführten Befragung wurde darin gesehen, dass sich

²⁰¹ Vgl. Der Prätest (269) [Wirkung]

Organisationsvertreter möglicherweise kritisiert oder angegriffen fühlen könnten, weil das Thema der Tabakkontrolle bis dato bei ihnen keine wesentliche Rolle spielt. Von daher wurde der Fragebogen weitgehend neutral und besonders die Frage 13 bewusst vorsichtig formuliert. Der Fragebogen ist mit einer Bearbeitungszeit von 10 – 15 min. kurz und übersichtlich gehalten. Das Untersuchungsanliegen wurde den Befragten unverfälscht im Anschreiben erläutert. Zudem wird das Forschungsprojekt auch auf der Institutsinternetseite für die Öffentlichkeit beschrieben²⁰².

In der Literatur zur Organisationstheorie wird beschrieben, wie Entscheidungen in Organisationen getroffen werden (Kieser und Ebers 2014: 126ff.) sowie, dass ein „(...) unauflösbare[s, d. Verf.] Dilemma zwischen individuellen Bedürfnissen und organisationalen Erfordernissen (...)“ (Deeg und Weibler 2008: 133) existiert. Zudem kommen individuelle Konflikte in Organisationen zur Sprache, wenn z. B. verschiedene Individuen in Organisationen unterschiedliche Entscheidungen treffen (March und Simon 1976: 112). Weiterhin finden in Organisationen Prozesse der Herrschaft, Hierarchie, Indoktrination und Kommunikation statt, durch die „(...) Teilnehmer [der Organisationen, im Sinne von Organisationsmitgliedern bzw. Mitarbeitenden, d. Verf.] zu Organisationshandeln, d. h. dazu gebracht werden können, ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen zugunsten der Organisationen zurückzustellen (...)“ (Kieser und Ebers 2014: 130 – 131). Dies erfüllt die Funktionen der Komplexitäts- und Unsicherheitsreduktion (ebd.).

Aus diesen theoretischen Überlegungen kann man ableiten, dass auch in deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit unterschiedliche Sichtweisen bestehen können, die dazu führen würden, dass das Thema der Tabakkontrolle individuell unterschiedlich beurteilt würde sowie, dass angesprochene Individuen befürchten könnten, für eine freie bzw. abweichende Meinungsäußerung zu den abgefragten Themengebieten von ihrem Vorgesetzten oder anderen Organisationsmitgliedern kritisiert zu werden. Das könnte zu einer eingeschränkten Äußerung der wahren Ansichten führen.

Aus diesem Grund wurde in der Auswertung der vorliegenden Befragung darauf geachtet, dass Dritte aus den Darstellungen keine Rückschlüsse auf die Befragten sowie auf ihre jeweilige Organisation ziehen können, auch wenn dies für die Autorin in den Fällen, in denen eine E-Mail-Adresse (Frage 20) angegeben wurde, möglich war. In Fällen, in denen Rückschlüsse auf Personen oder Organisationen möglich wären, wurde davon abgesehen, diese Informationen in der Auswertung aufzuführen bzw. wurden diese so dargestellt, dass diese Rückschlüsse nicht erfolgen können.

²⁰² <https://www.public-health.uni-bremen.de/mitglieder/anna-raith/projekte/?proj=578&page=1> (29.01.2020).

Dies wurde so klar und transparent wie möglich an die Adressaten der Befragung kommuniziert, um einem authentischen Antwortverhalten so nah wie möglich zu kommen.

Bei einigen Organisationen wurde im Anschluss an die Befragung nachgefragt, ob deren Organisationsnamen genannt werden dürften. Erst wenn hier eine Zustimmung erfolgte, wurde der jeweilige Name in die Ergebnisse der Befragung aufgenommen.

Im Folgenden werden die im Rahmen der Befragung ergriffenen Maßnahmen zum Datenschutz beschrieben.

Datengeheimnis

Der Zugriff auf das Programm EFS-Survey erfolgte über eine erworbene Lizenz, die sich zwei Forschungsabteilungen des Instituts für Public Health und Pflegeforschung teilen. Dabei hatte eine Person die Administratorrechte und konnte einstellen, wer auf welches Projekt Zugriff hat. Diese Person und zwei weitere Personen sowie die Autorin hatten Zugriff auf das hier durchgeführte Befragungsprojekt. Von den Personen, die Zugriff auf das Projekt hatten, wurden Verschwiegenheitserklärungen eingeholt²⁰³. Darin verpflichteten sie sich zur Einhaltung des Datenschutzes nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO, vgl. Intersoft consulting o.J.) und zur Verschwiegenheit.

Anonymität

Die Befragung wurde als anonyme Umfrage (Questback GmbH 2015: 66) konzipiert. D. h., dass ein zentraler Link an alle Ansprechpartner versendet wurde, ohne dass dadurch ein Rückschluss auf die Beantwortenden möglich war. Vorab wurde die Entscheidung getroffen, keine Ermittlung von Hostnamen und IP-Adressen der Teilnehmenden über das Programm vorzunehmen (ebd.: 96), um deren Anonymität zu gewährleisten. Die freiwillige Angabe der Kontaktdaten hatte auf die Anonymisierung keinen Einfluss. Im Ergebnisbericht wurden alle Formulierungen vermieden, die Rückschlüsse auf eine bestimmte Organisation oder Person zuließen, es sei denn, dass sich diese bei einer nachträglichen Anfrage damit einverstanden erklärten (s. o.).

Datenfluss/Datenhaltung

Die Befragungsdaten waren über das Programm EFS Survey passwortgesichert einsehbar. Vier Personen (inkl. der Autorin) hatten Zugriff auf das spezifische Befragungsprojekt. Die Teilnahme an der Befragung war vom 11.11.2019 bis zum 24.12.2019 möglich. Die Daten wurden ab Beginn der Erstellung der Befragung (August 2019) bis zum Abschluss der Auswertung gespeichert. Danach wurden die Daten gelöscht.

²⁰³ Vgl. Anhang IX

Ergebnisse

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte über verschiedene Funktionen innerhalb des Programms EFS Survey sowie über die Möglichkeit, Daten aus dem Programm zu exportieren. Die Grafiken zur Auswertung wurden von einer studentischen Hilfskraft in Abstimmung mit der Autorin erstellt.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragung beschrieben und durch Tab. und grafische Darstellungen visualisiert.

Antwortverhalten

Über den „Feldbericht“ (Questback GmbH 2015: 576ff.) in dem Programm EFS Survey ist erkenntlich, dass 36 Befragte dem Link zur Befragung gefolgt, davon aber nur 26 zur ersten Frage weitergegangen sind. Zehn Personen haben die Befragung somit nach der ersten Seite abgebrochen. Bis Frage 9.1 (Maßnahmen der Tabakkontrolle, die die Organisationen durchführt oder unterstützt) hat sich die Zahl der Teilnehmenden auf 19 reduziert. 17 Personen haben den Fragebogen beendet.

Bei Berücksichtigung der 17 beendeten Fragebögen in Bezug auf die „ca. 119 Organisationen“, die angeschrieben wurden, beträgt die Ausschöpfungsquote 14,3% (Scholl 2018: 33 – 34).

Die Ausschöpfungsquote ist damit sehr niedrig und somit die Stichprobe nicht ausreichend repräsentativ (ebd.: 34), um definitive Schlüsse daraus zu ziehen. Trotzdem gibt die Stichprobe Hinweise zu der gestellten Forschungsfrage.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die 17 beendeten Fragebögen beschrieben. Diese Ergebnisse verändern sich nicht wesentlich, wenn man die Gesamtzahl der Personen berücksichtigt, die den Fragebogen beantwortet, aber an einer bestimmten Stelle abgebrochen haben.

Mittlere Bearbeitungszeit

Es fällt auf, dass die mittlere Bearbeitungszeit bei Berechnung des arithmetischen Mittels im Gegensatz zum Median stark voneinander abweicht:

0h 8m 21s (arithmetisches Mittel)

0h 4m 27s (Median).

Die folgende Tabelle zeigt, wie viele min. die verschiedenen Teilnehmenden für die Beantwortung des Fragebogens gebraucht haben:

Tab. XXII: Bearbeitungszeit der 17 Teilnehmenden, die den Fragebogen zur Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit beendet haben in Minuten (Quelle: Datenexport [Questback GmbH 2015: 576ff])

Bearbeitungszeit in Minuten		
< 3 min	3 – 5 min	> 5 min
1,35 min	3,07 min	5,2 min
1,58 min	3,62 min	6,25 min
2,33 min	3,68 min	6,47 min
2,82 min	4,27 min	6,8 min
	4,45 min	13,15 min
	4,5 min	19,72 min
		52,7 min

Drei Adressaten fallen durch eine besonders lange Bearbeitungszeit auf (13,15 min, 19,72 min, 52,7 min).

Teilnehmende nach Verlauf und Filterfragen

Betrachtet man, wie sich die 17 Teilnehmenden im Fragenverlauf entschieden und aufgeteilt haben, kann man Folgendes feststellen:

Bei der ersten Filterfrage (Frage 8) teilen sich die Teilnehmenden in drei auf, die aktuell (zur Zeit der Befragung) Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen und 14, die aktuell keine Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen. Von den drei Teilnehmenden, die Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen, können sich alle drei vorstellen, in der Zukunft weitere Tabakkontrollinterventionen durchzuführen oder zu unterstützen (zweite Filterfrage, Frage 11). Von den 14 Teilnehmenden, die aktuell keine Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen, können sich drei vorstellen, in der Zukunft Tabakkontrollinterventionen durchzuführen oder zu unterstützen (dritte Filterfrage, Frage 14).

Alle Teilnehmenden werden am Ende des Fragebogens zu den Abschlussfragen geleitet. Das sind also drei Teilnehmende, die aktuell Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen und sich vorstellen können, in der Zukunft weitere Tabakkontrollinterventionen durchzuführen oder zu unterstützen; drei Teilnehmende, die aktuell keine Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen, sich aber in der Zukunft die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrollinterventionen vorstellen können und elf Teilnehmende, die aktuell keine Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen und sich auch in der Zukunft die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrollinterventionen nicht vorstellen können.

Beschreibung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der Befragung beschrieben.

Organisationsmerkmale

Ein Großteil (9 von 17²⁰⁴) der Organisationen (für die die Befragung beendet wurde) ist mit 101 und mehr Mitarbeitenden vergleichsweise groß. Darauf folgen vier Organisationen in der kleinsten Kategorie (bis 20 Mitarbeitende) und darauf die zweitgrößte Kategorie (51 – 100 Mitarbeitende) mit drei Organisationen. Nur eine Organisation hat 21 – 50 Mitarbeitende:

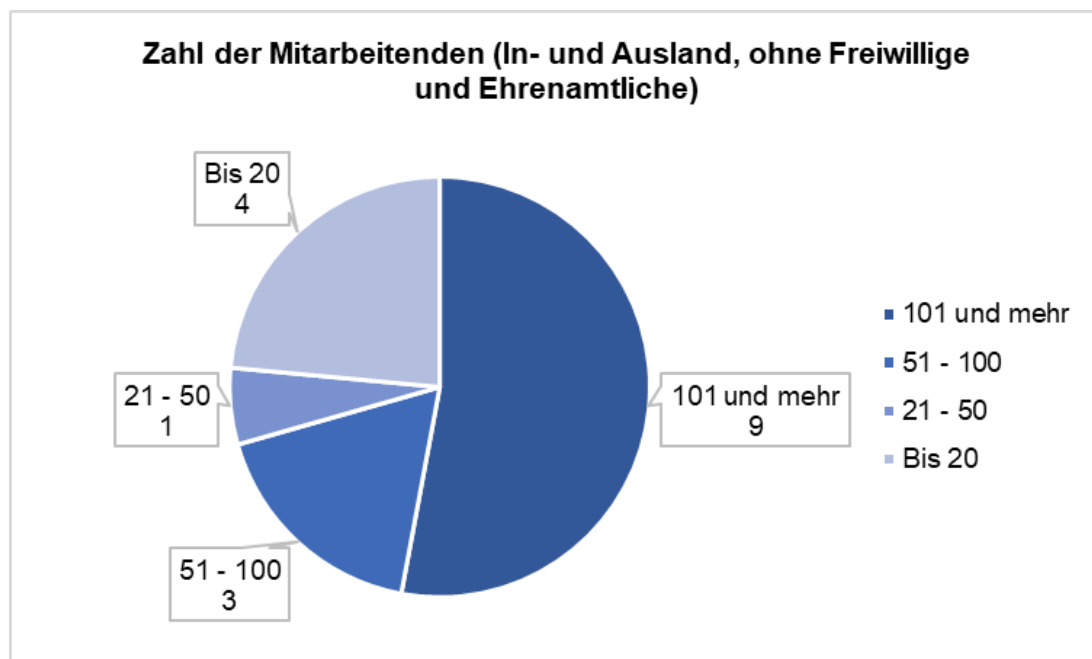


Abb. XXII: Zahl der Mitarbeitenden in den teilnehmenden Organisationen

Bei den freiwilligen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden (In- und Ausland) überwiegen die Organisationen mit keinen freiwilligen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden (7 von 17 Befragten). Darauf folgt die größte Kategorie von 31 und mehr Freiwilligen und Ehrenamtlichen (5 Organisationen). Die übrigen Kategorien sind mit zwei (bis 10 und 11 bis 30 Freiwillige und Eherenamtliche) und einer Organisation („Weiß ich nicht“) vergleichsweise geringfügig vertreten:

²⁰⁴ Diese Angabe stammt aus der „Online-Statistik“ von EFS Survey (Questback GmbH 2015: 585ff.).

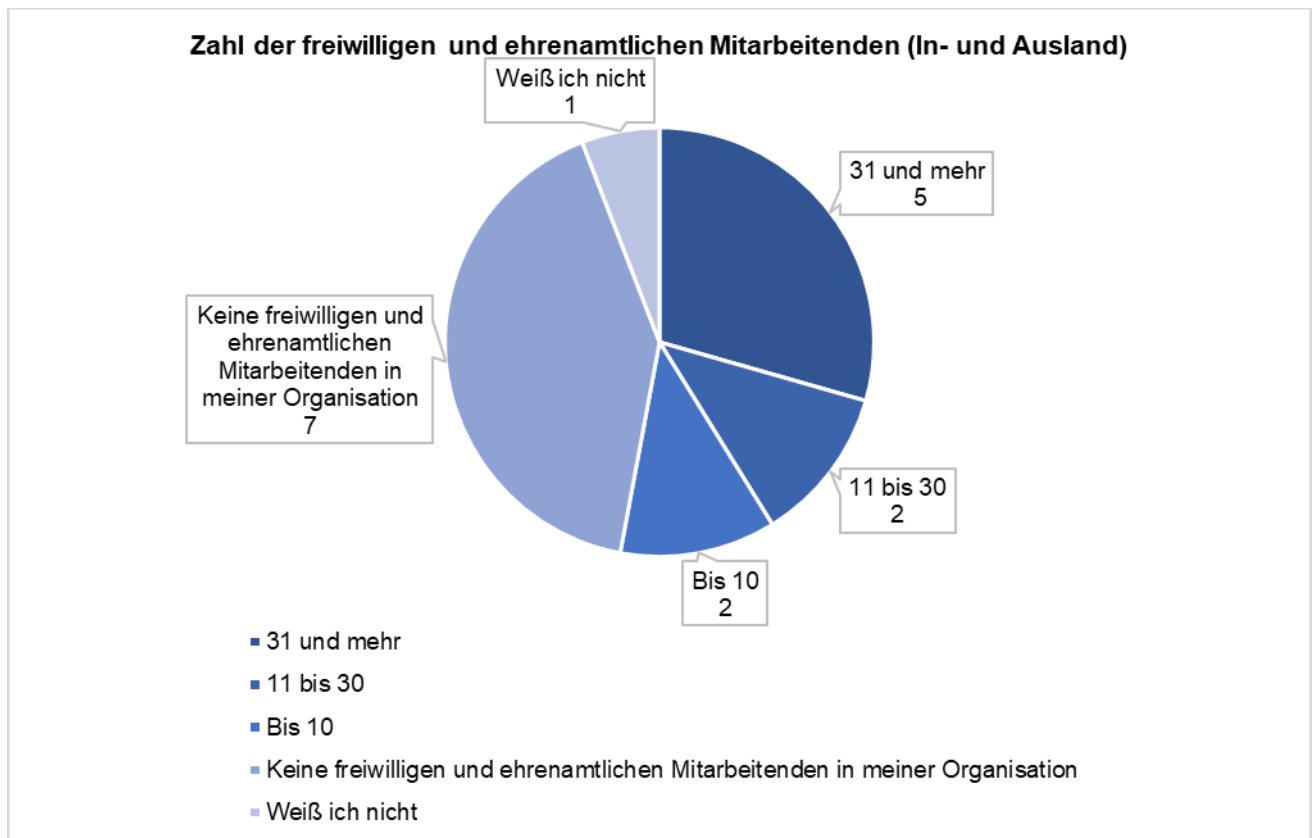


Abb. XXIII: Zahl der freiwilligen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden in den teilnehmenden Organisationen

Elf von 16²⁰⁵ Organisationen wurden in der Zeit zwischen 1950 und 2000 gegründet. Die anderen Kategorien (vor 1950 und nach 2000) sind dagegen nur geringfügig vertreten (2 und 3 Mal):

²⁰⁵ Hier fehlt eine Antwort (sonst wären es 17, d. Verf.).

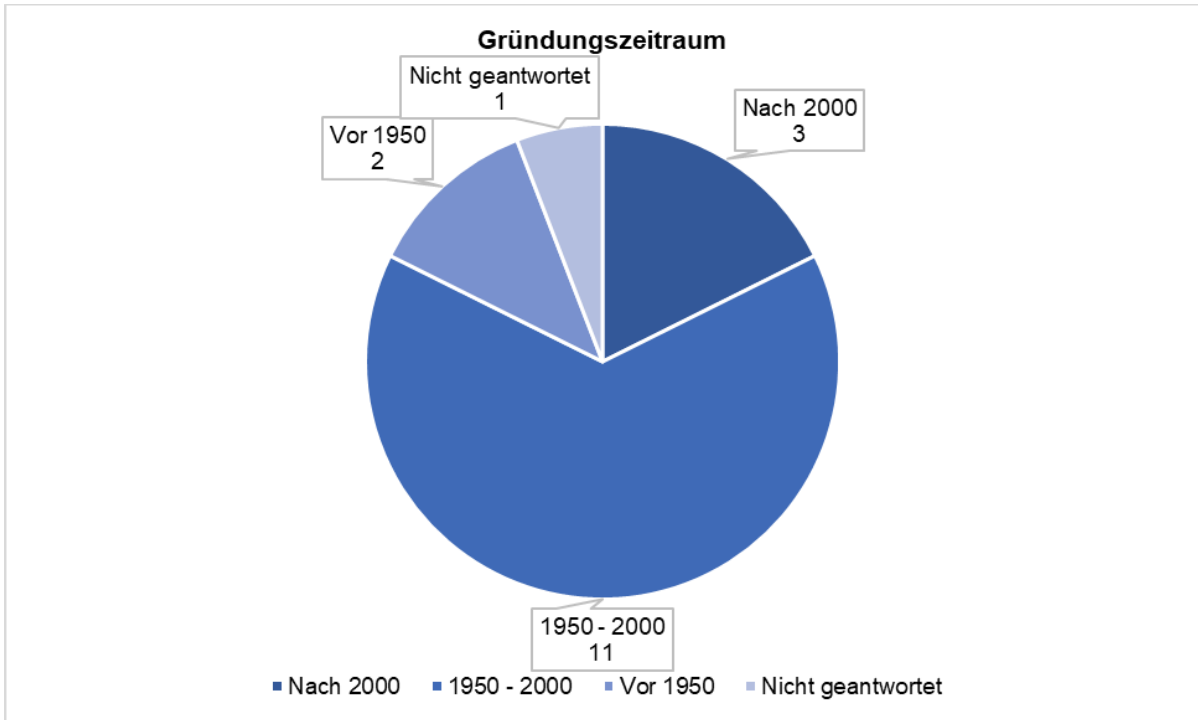


Abb. XXIV: Gründungszeitraum der teilnehmenden Organisationen

Bei den Sektoren, denen die Organisationen zugeordnet werden können, überwiegt der nichtstaatliche Sektor (NRO: 10 Organisationen). Darauf folgen der staatliche Sektor (RO) mit vier Organisationen und andere Sektoren mit drei Organisationen:

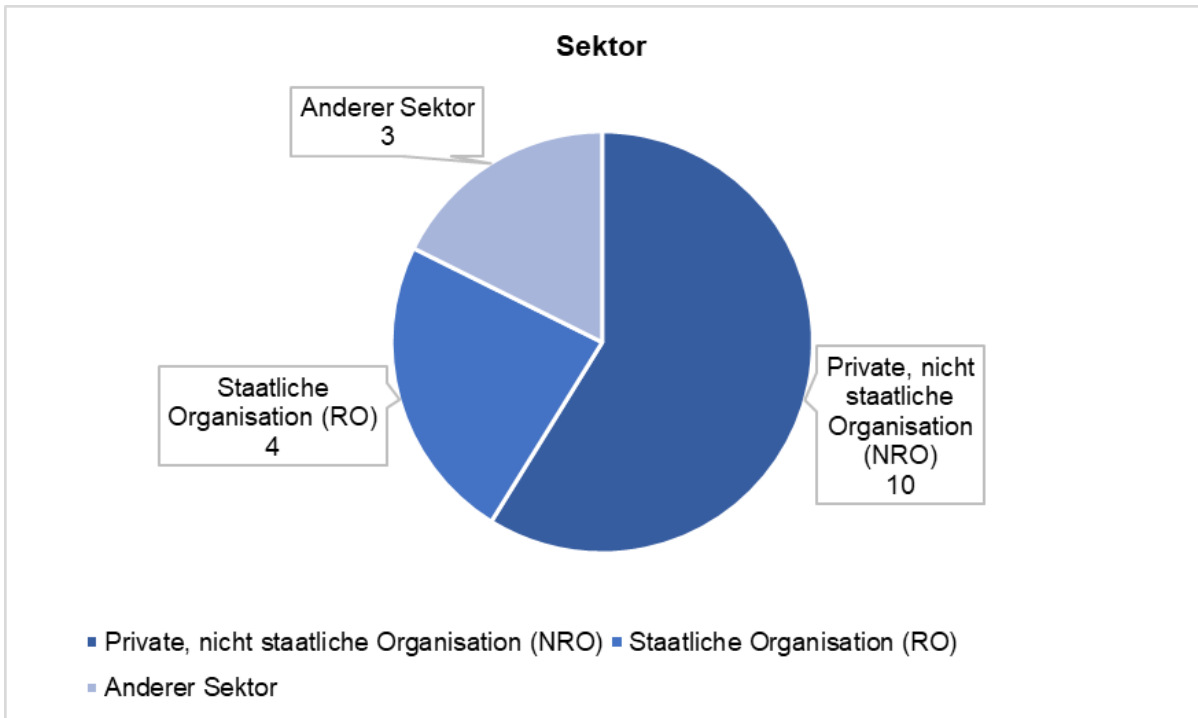


Abb. XXV: Sektor der teilnehmenden Organisationen

Als andere Sektoren wurden einmal der Bildungssektor und zwei Mal Unternehmen mit staatlichem Auftrag genannt.

Bedeutung von Tabakkontrolle

Die folgende Tabelle zeigt, welche Bedeutung die Befragten der Tabakkontrolle für die Gesundheit der Menschen in LMIC, für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit und für die jeweilige Organisation beimessen:

Tab. XXIII: Angaben zur Bedeutung von Tabakkontrolle (n = 17)

<i>Frage</i>	<i>Antwortoption</i>					
	Sehr niedrig n (%)	Niedrig n (%)	Eher niedrig n (%)	Eher hoch n (%)	Hoch n (%)	Sehr hoch n (%)
Frage 5: Wie schätzen Sie die Bedeutung der Tabakkontrolle für die Gesundheit der Menschen in Ländern mit durchschnittlich mittlerem und niedrigem Einkommen ein?	3 (18%)	3 (18%)	3 (18%)	3 (18%)	5 (29%)	0 (0%)
Frage 6: Wie schätzen Sie die Bedeutung der Tabakkontrolle für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ein?	4 (24%)	6 (35%)	5 (29%)	2 (12%)	0 (0%)	0 (0%)
Frage 7: Wie schätzen Sie die Bedeutung der Tabakkontrolle für Ihre Organisation ein?	6 (35%)	6 (35%)	4 (24%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)

Bei Frage 5 entschieden sich die meisten Organisationen (fünf) für die Bewertung „hoch“. Zusammengezählt aber fällt fast die gleiche Anzahl von Bewertungen auf den Bereich „hoch“ (eher hoch, hoch, sehr hoch: insgesamt acht) und „niedrig“ (sehr niedrig, niedrig, eher niedrig: insgesamt neun).

Bei Frage 6 gaben die meisten Organisationen (sechs) die Antwort „niedrig“. Die Antworten häufen sich im niedrigen Bereich (insgesamt 15). Im hohen Bereich sind nur zwei Organisationen vertreten (bei „eher hoch“).

Bei Frage 7 fällt bei 16 Organisationen die Wahl auf den niedrigen Bereich. Dabei ist die Kategorie „sehr niedrig“ stärker vertreten als bei Frage 6. Nur eine Organisation entschied sich mit „eher hoch“ für den hohen Bereich.

Durchführung und Unterstützung von Tabakkontrolle: offene Angabe zu aktuellen Maßnahmen

Bei der offenen Frage nach aktuell durchgeführten Tabakkontrollinterventionen wurden folgende Maßnahmen genannt:

1. „Aufklärung über die negativen Folgen des Tabakkonsums in Schulen“
2. „Sensibilisierungsmaßnahmen eher allgemein für gesundheitliche Aufklärung von Jugendlichen“
3. Mitarbeiterbezogene Interventionen („das Unternehmen hat Kampagnen und Maßnahmen gegen das Rauchen getroffen, die sich auf die Mitarbeiter*innen be-

ziehen, in manchen Fällen gemeinsam mit Partnerorganisationen“/„Rauchen ist in keinem Bereich der Gebäude akzeptiert [...]“).

Während die ersten beiden aufgezählten Maßnahmen als „eher erfolgreich“ bewertet wurden, wurde die dritte als „erfolgreich“ eingeschätzt. Die Erfolgsmessung erfolgte über die TeilnehmerInnen-Zahl und Befragungen im familiären Umfeld (1), Indikatoren (2) und die Anzahl der RaucherInnen (3).

Einschätzungen zu den im Evidenzteil beforschten Tabakkontrollinterventionen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Vorstellbarkeit der im Evidenzteil beforschten Tabakkontrollinterventionen dargestellt. Dabei wird nach den zwei Gruppen unterschieden, die Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen und sich weitere Maßnahmen vorstellen können (Gruppe A, n = 3) und die aktuell keine Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützten, sich dies aber für die Zukunft vorstellen können (Gruppe B, n = 3).

Zählt man Gruppe A und B zusammen²⁰⁶ ergibt sich folgende Verteilung der (arithmetischen) Mittelwerte für die *Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen*:

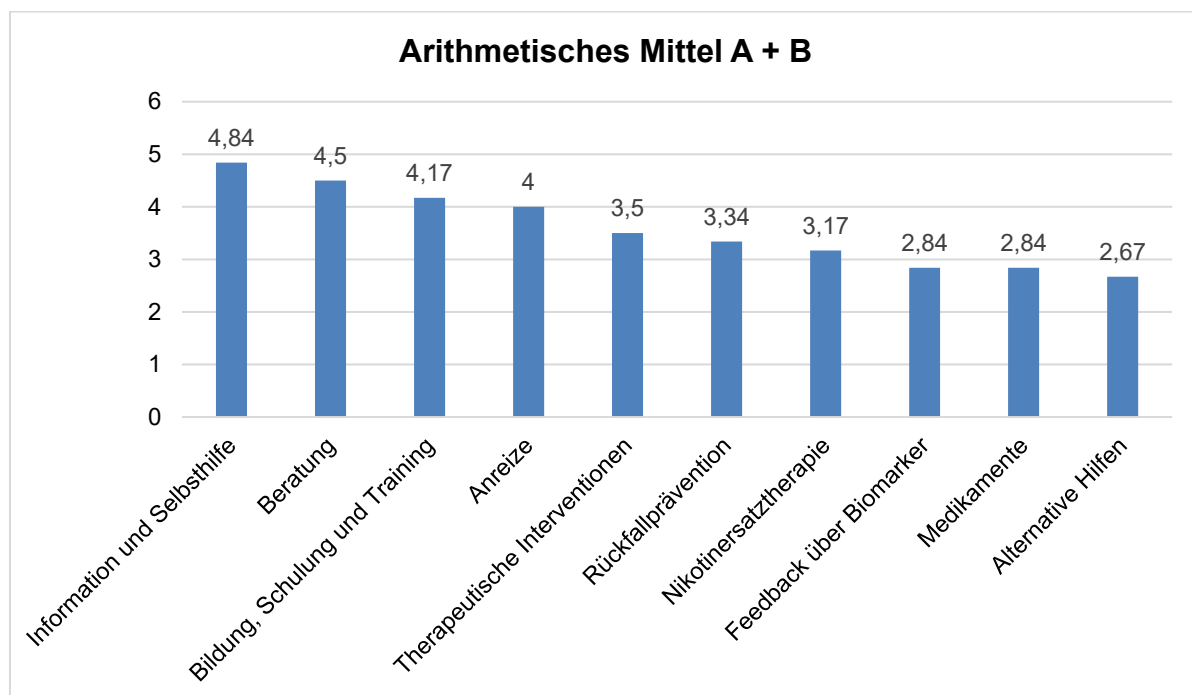


Abb. XXVI: Vorstellbarkeit der Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen (A und B zusammen)

Legende:

1 = Überhaupt nicht vorstellbar, 2 = Nicht vorstellbar, 3 = Eher nicht vorstellbar, 4 = Vorstellbar, 5 = Gut vorstellbar, 6 = Sehr gut vorstellbar (n = 6)

Information und Selbsthilfe, Beratung und Bildung, Schulung und Training wurden be-

²⁰⁶ Dies erfolgte pro Intervention durch Addition der arithmetischen Mittelwerte der beiden Gruppen und Division durch zwei [d. Verf.].

sonders positiv (Bereich: Vorstellbar, Gut vorstellbar, Sehr gut vorstellbar) bewertet. Die positiven und negativen (Bereich: Eher nicht vorstellbar, Nicht vorstellbar, Überhaupt nicht vorstellbar) Bewertungen sind annähernd gleich häufig vertreten. Zwischen „Vorstellbar“ und „Eher nicht vorstellbar“ liegen die Therapeutischen Interventionen. Darauf folgen NET und Rückfallprävention, die in den (schwach) negativen Bereich fallen. Am wenigsten vorstellbar sind Feedback über Biomarker, Medikamente und Alternative Hilfen.

Die Gruppen A und B zusammengenommen zeigen folgende Verteilung der arithmetischen Mittelwerte bei den *Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen*:

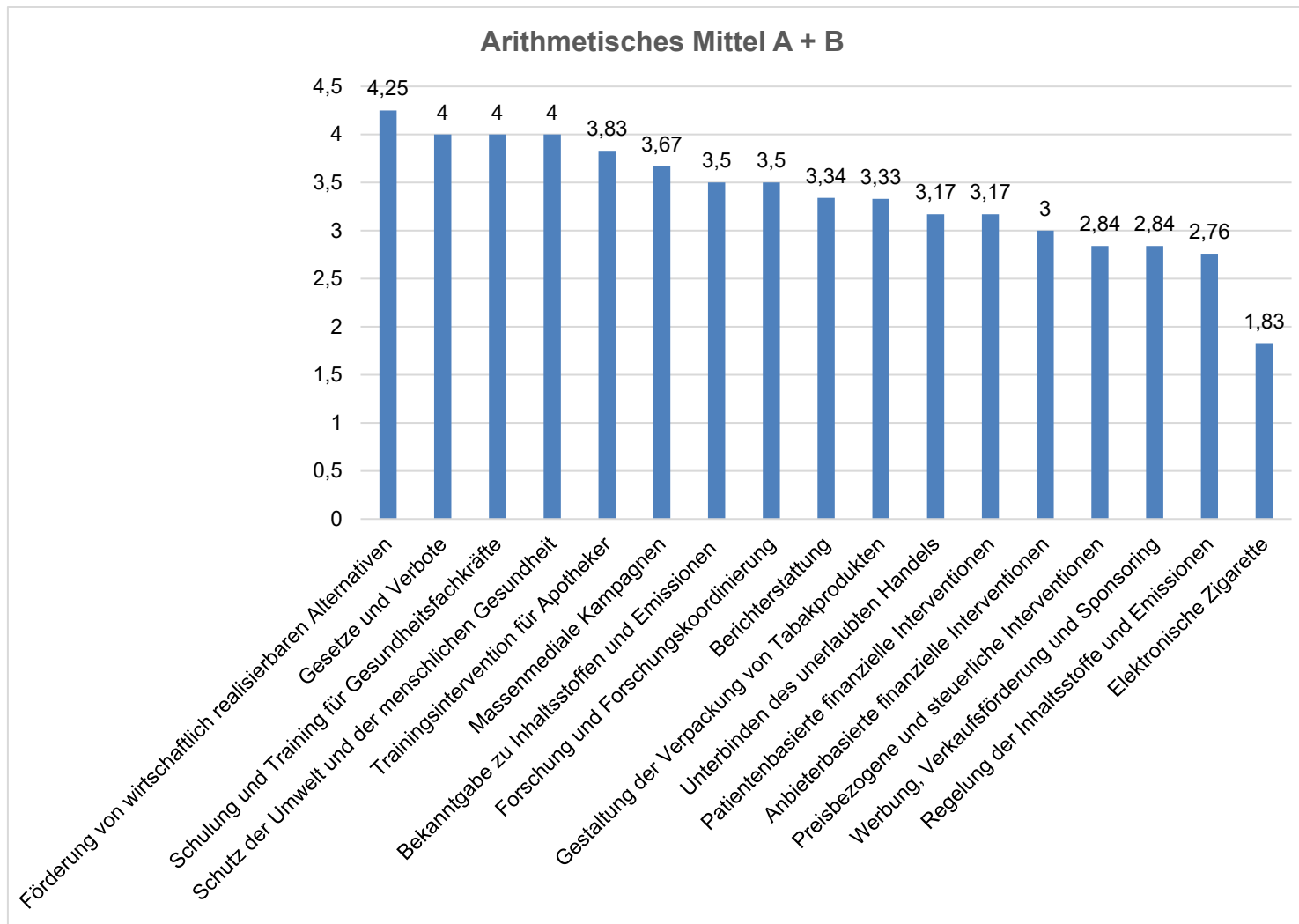


Abb. XXVII: Vorstellbarkeit der Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen (A und B zusammen)

Legende:

1 = Überhaupt nicht vorstellbar, 2 = Nicht vorstellbar, 3 = Eher nicht vorstellbar, 4 = Vorstellbar, 5 = Gut vorstellbar, 6 = Sehr gut vorstellbar (n = 6)

Acht Interventionen liegen hier im positiven und zwischen positiv und negativ liegendem Bereich. Dabei stechen besonders die Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen, Gesetze und Verbote, Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte und der Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit durch eindeutig positive Bewertungen heraus. Bei Trainingsinterventionen für Apotheker und Massenmedialen Kampagnen ist die Grenze zum positiven Bereich leicht überschritten. Bei der Bekanntgabe zu Inhaltsstoffen und Emissionen und Forschung und Forschungs koordinierung steht die Bewertung zwischen „Vorstellbar“ und „Eher nicht vorstellbar“. Besonders negativ wurden Preisbezogene und steuerliche Interventionen, die Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring, die Regelung der Inhaltsstoffe und Emissionen und die Elektronische Zigarette bewertet.

Die folgende Grafik zeigt, wie sich die Gruppen A und B bei der *Bewertung der Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen* unterscheiden:

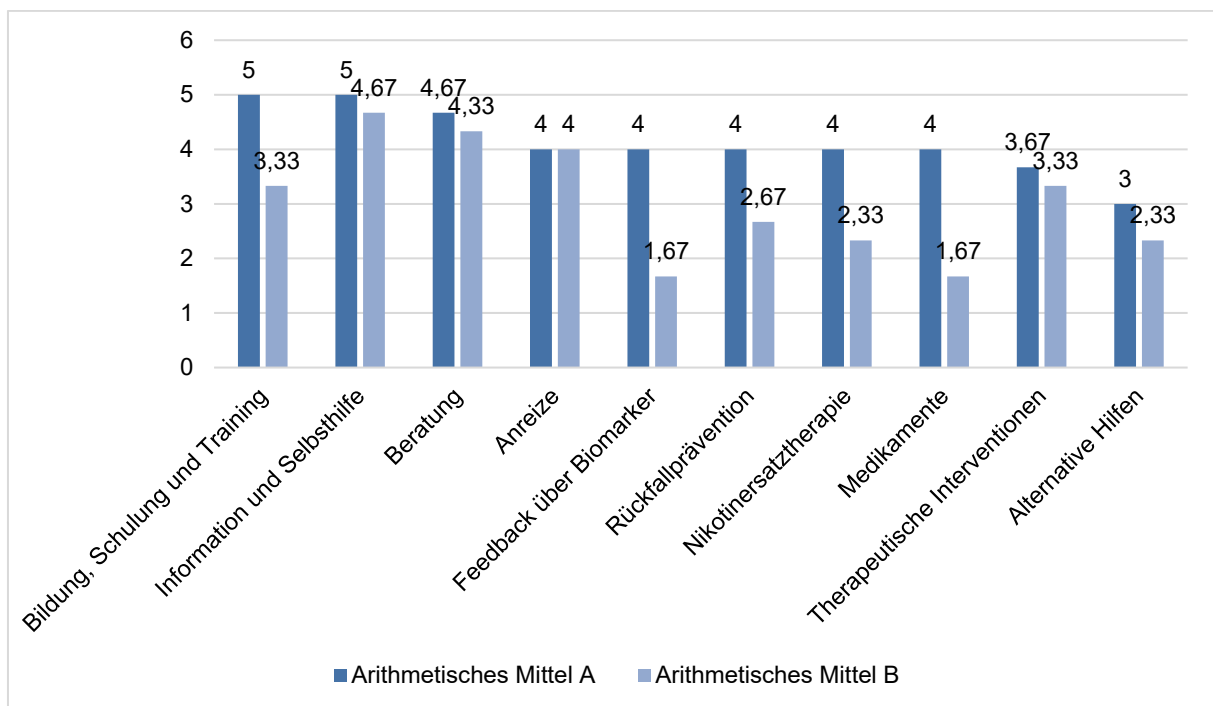


Abb. XXVIII: Vorstellbarkeit der Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen (A und B im Vergleich)

Legende:

1 = Überhaupt nicht vorstellbar, 2 = Nicht vorstellbar, 3 = Eher nicht vorstellbar, 4 = Vorstellbar, 5 = Gut vorstellbar, 6 = Sehr gut vorstellbar (n = 6)

Es wird deutlich, dass bis auf Anreize, bei denen beide Gruppen in ihrer Einschätzung gleichauf liegen, die Bewertungsgrade in der Gruppe A höher liegen als in der Gruppe B. Besonders starke Abweichungen zwischen den beiden Gruppen fallen bei Bildung, Schulung und Training, Rückfallprävention, NET, Feedback über Biomarker und Medikamenten auf.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Bewertungen der Gruppen A und B bei den *Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen* dargestellt:

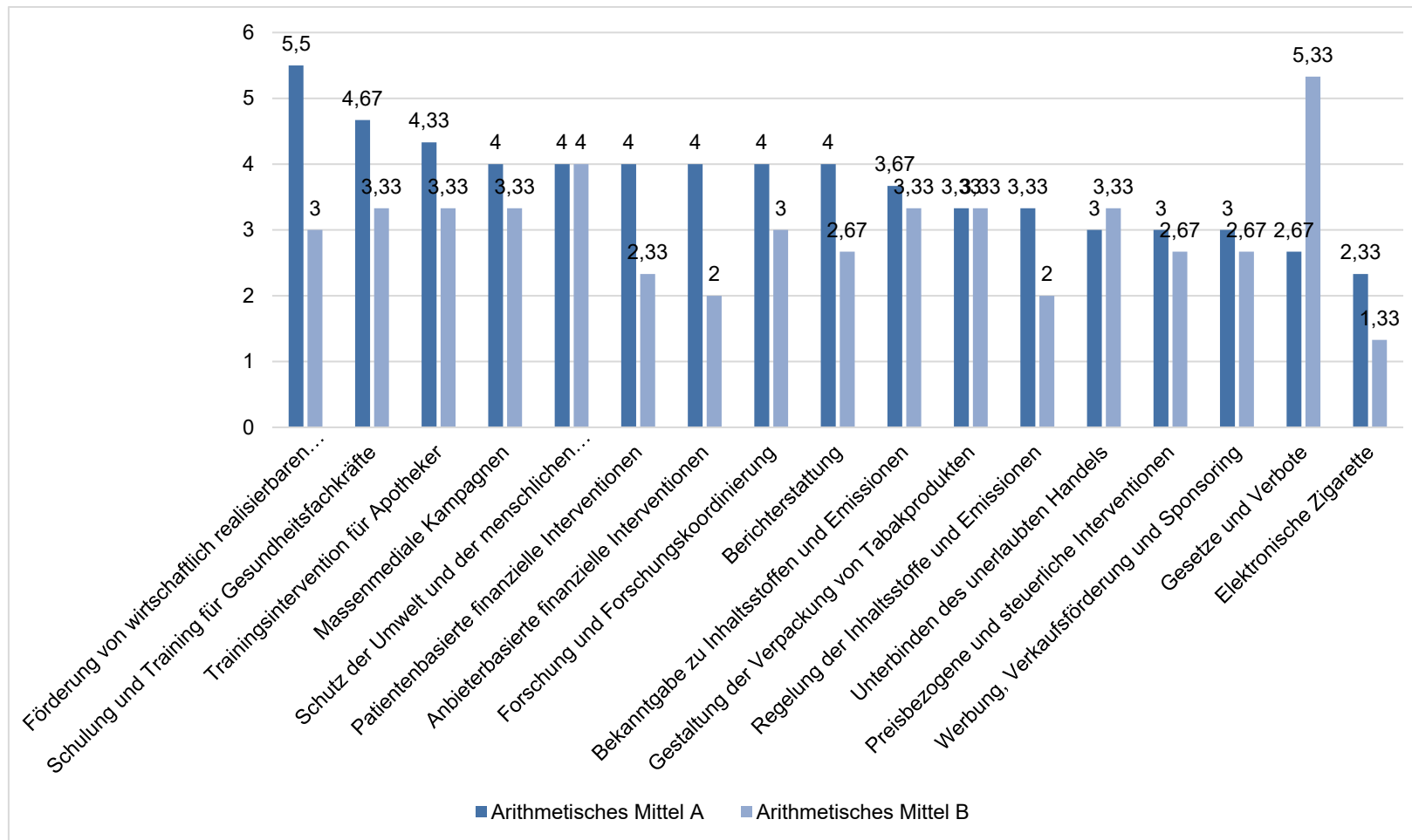


Abb. XXIX: Vorstellbarkeit der Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen (A und B im Vergleich)

Legende:

1 = Überhaupt nicht vorstellbar, 2 = Nicht vorstellbar, 3 = Eher nicht vorstellbar, 4 = Vorstellbar, 5 = Gut vorstellbar, 6 = Sehr gut vorstellbar (n = 6)

Bis auf Gesetze und Verbote, Unterbinden des unerlaubten Handels, Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten und Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit liegen auch hier die Bewertungsgrade in der Gruppe A höher als in der Gruppe B. Besonders groß ist die Abweichung der beiden Gruppen bei Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen, Patientenbasierten finanziellen Interventionen, Anbieterbasierten finanziellen Interventionen und Regelung der Inhaltsstoffe und Emissionen. Im Gegensatz dazu stechen Gesetze und Verbote und Unterbinden des unerlaubten Handels dadurch heraus, dass höhere Bewertungsgrade in der Gruppe B vorliegen. Beim Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit und bei der Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten liegen beide Gruppen gleich auf.

Zusätzliche Maßnahmen: offene Angabe zu Maßnahmen, die noch nicht vorgekommen sind und die für vorstellbar gehalten werden

Hier wurde eine Angabe gemacht: „Aufklärung im Rahmen von Jugendprojekten“.

Gründe gegen die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle

Die Frage nach den Gründen gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle wurde von den 14 Organisationen beantwortet, die angaben, keine Tabakkontrollinterventionen durchzuführen. Hier muss man berücksichtigen, dass eine Mehrfachangabe möglich war, dass also mehr als 14 Antworten (insgesamt 17 Antworten) vorliegen.

Die Mehrzahl der Angaben (zehn) fällt auf die Angabe, die Organisation sei nicht im Gesundheitsbereich tätig. Danach folgen die Antwortoptionen „Weitere Gründe“ (offene Frage) mit drei und „Andere Organisationen übernehmen diese Aufgabe“ mit zwei Angaben. Jeweils eine Wahl fällt auf „Tabakkontrolle greift zu sehr in die Selbstbestimmung der Partner/innen meiner Organisation ein“ und „Tabakkontrolle passt nicht zum Selbstverständnis meiner Organisation“.

Bei „Tabakkontrolle passt nicht zum Selbstverständnis meiner Organisation“ wurde nach einer Begründung gefragt. Hier erfolgte jedoch keine Angabe.

Die Angaben zu den weiteren Gründen sind:

- „Wir unterstützen Gesundheitseinrichtungen mit dem Schwerpunkt Zugang zu Arzneimitteln, Geburtsvorsorge/-hilfe. Tabak ist inhaltlich entfernt.“
- „Die Mitarbeiter unserer Organisation sind fast ausschließlich Nichtraucher, so dass dies kein Thema ist.“
- „Wir führen keine Projekte der direkten Entwicklungszusammenarbeit durch.“

Aus den Teilnehmenden, die die Befragung abgebrochen haben, kommt hier noch eine

Angabe hinzu:

- „Kleine Organisation, andere Prioritäten“.

Angaben zu den Abschlussfragen

Folgende Anmerkungen und Ergänzungen wurden zur Befragung gemacht:

- „Interventionen stark davon abhängig was der Auftraggeber [...] unterstützt und was Partnerregierungen möchten“
- „Gutes Thema. Basisinfos zum Thema Tabakgebrauch in EL und SL wäre [sic] hilfreich gewesen zum Einstieg. Nicht jede Organisation hat das Thema im Blick und ein entsprechendes Problembewusstsein.“

Sieben der TeilnehmerInnen gaben an, den Ergebnisbericht zugeschickt bekommen zu wollen. Ebenfalls sieben TeilnehmerInnen stimmten zu, bei Rückfragen kontaktiert zu werden.

Neun TeilnehmerInnen gaben eine E-Mail-Adresse an.

Korrelierte Daten: Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle in Abhängigkeit von der Organisationsgröße (Zahl der MitarbeiterInnen) und des Organisationssektors

Von den drei Organisationen, die angaben, Tabakkontrollinterventionen durchzuführen oder zu unterstützen (Gruppe A) ist eine aus dem NRO-Sektor (World Vision), eine aus dem RO-Sektor (KfW) und eine ein Unternehmen mit Regierungsauftrag. Diese drei Organisationen gaben an, sich die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle auch in der Zukunft vorstellen zu können. Bei den drei Organisationen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht in der Tabakkontrolle aktiv waren, sich dies aber in der Zukunft vorstellen konnten (Gruppe B) sind zwei Organisationen aus dem NRO- und eine aus dem RO-Sektor.

Weiterhin kann festgestellt werden, dass Organisationen, die Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen (Gruppe A) verhältnismäßig große Organisationen (101 Mitarbeitende und mehr) sind. Organisationen, die aktuell keine Tabakkontrollinterventionen durchführen, sich dies aber in der Zukunft vorstellen können (Gruppe B) sind eher größere Organisationen (101 Mitarbeitende und mehr, 51 – 100 Mitarbeitende, bis 20 Mitarbeitende). Zudem führen eher seit langem bestehende Organisationen (vor 1950 und zwischen 1950 – 2000 gegründet) Tabakkontrollinterventionen durch oder unterstützen sie (Gruppe A). Auch sind Organisationen, die keine Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen, sich dies aber in der Zukunft vorstellen können eher seit langem bestehende Organisationen (zwischen 1950 und 2000 gegründet, Gruppe B).

Diskussion

Synthese der Ergebnisse

Das Ziel im vorliegenden Kapitel war es herauszufinden, ob deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in der Tabakkontrolle aktiv sind und welche Haltung sie zur Tabakkontrolle haben. Dafür wurde die Frage gestellt, wie deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit ihre Rolle in der Tabkkontrolle wahrnehmen. Um die Frage beantworten zu können, wurden ca. 119 Organisationen aus dem Bereich der NRO und RO angeschrieben. 17 Organisationen haben den Fragebogen beendet. Das führt zu einer Ausschöpfungsquote von 14,3% und dazu, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ sind. In der Diskussion der Ergebnisse muss dies berücksichtigt werden.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass mehrheitlich VertreterInnen von verhältnismäßig großen Organisationen, gemessen an der Zahl der Mitarbeitenden und von Organisationen aus dem NRO-Sektor geantwortet haben, die zwischen den Jahren 1950 und 2000 gegründet wurden.

Das Ergebnis, dass der größte Anteil der teilnehmenden Organisationen (sieben von 17) keine freiwilligen oder ehrenamtlichen Mitarbeitenden hat, verdeutlicht zum einen die Professionalisierung, die innerhalb des NRO-Sektors stattgefunden hat (Frantz und Martens 2006: 62 – 63). Zum anderen kann dies auch bedeuten, dass hier RO vertreten sind, die „naturgemäß“ keine freiwilligen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden anstellen. Dass fünf der teilnehmenden Organisationen 31 und mehr Freiwillige und Ehrenamtliche beschäftigen, spricht dagegen dafür, dass sich dennoch einige Organisationen, mutmaßlich aus dem Bereich der NRO, bis heute durch dieses charakteristische Merkmal auszeichnen.

Während die Bedeutung der Tabakkontrolle für die Gesundheit der Menschen in LMIC vergleichsweise hoch eingeschätzt wird, nimmt die Bedeutungseinschätzung der Tabakkontrolle für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit und für die jeweilige Organisation ab. Maßnahmen, die aktuell durchgeführt oder unterstützt werden, sind gesundheitliche Aufklärung für Jugendliche und junge Menschen und mitarbeiterbezogene Interventionen, die beide als (eher) erfolgreich eingeschätzt werden. Bei der Bewertung der individuellen- und bevölkerungsbezogenen Tabakkontrollinterventionen können zwei Gruppen von Antwortenden unterschieden werden: diejenigen Organisationen, die aktuell Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen und sich dies auch in der Zukunft vorstellen können (Gruppe A) und diejenigen, die aktuell keine Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen, sich dies aber in der Zukunft vorstellen können (Gruppe B). Hier wird deutlich, dass die Interventionen von der Gruppe A insgesamt ge-

sehen für vorstellbarer gehalten werden, als von der Gruppe B. Aus der Befragung geht hervor, dass besonders eine Zuordnung außerhalb des Gesundheitsbereichs als Grund dafür genannt wird, keine Tabakkontrollinterventionen durchzuführen oder zu unterstützen.

Einschätzung der Bedeutung von Tabakkontrolle

Die Antworten zur Einschätzung der Bedeutung von Tabakkontrolle spiegeln ein gewisses Bewusstsein für die Problematik des Tabakgebrauchs in LMIC wider. Allerdings wird dies offensichtlich kaum in einen Zusammenhang mit den Aufgaben der deutschen Entwicklungszusammenarbeit oder mit denen der eigenen Organisation gebracht.

Dass nur drei von 17 Organisationen angaben, aktuell Projekte, Aktivitäten oder Unterstützung von Tabakkontrolle durchzuführen, unterstreicht diese Tendenz.

Durchführung von Tabakkontrolle

Aufklärung in Verbindung mit der Zielgruppe von Jugendlichen/jungen Menschen wurde insgesamt drei Mal als Maßnahme genannt, die durchgeführt wird (Frage 9) oder die vorstellbar ist (Frage 16). Das kann damit zusammenhängen, dass die Adoleszenz eine vulnerable Phase darstellt, in der oftmals der Einstieg in einen langfristigen Tabakgebrauch stattfindet. Davon sind besonders Jugendliche mit niedrigem SES betroffen (vgl. CDC 2019). Es ist aus Autorinnensicht möglich, dass Jugendliche in einigen Organisationen deshalb als besondere Zielgruppe für gesundheitliche und tabakbezogene Aufklärung wahrgenommen werden. Diese Perspektive einzunehmen, könnte als Anregung für andere Organisationen dienen, die gleiche oder ähnliche Interventionen in bestehende Entwicklungsprogramme in LMIC integrieren könnten. Dabei ist es aus Autorinnensicht denkbar, dass auch Organisationen, die außerhalb des Gesundheitsbereichs mit Jugendlichen arbeiten, Tabakkontrolle in ihre Aktivitäten einbeziehen. Dafür spricht, dass positive Erfahrungen (Einschätzung: „Eher erfolgreich“) mit der Durchführung dieser Interventionsform in zwei Organisationen gemacht werden.

Mitarbeiterbezogene Interventionen wurden von einer Organisation als durchgeführte Maßnahme genannt und erhalten damit insgesamt weniger Priorität. Sie scheinen aber auch wichtig zu sein. Hier geht es um den Nichtraucherschutz von Mitarbeitenden²⁰⁷ und somit um die Kategorie der Gesetze und Verbote. Mitarbeiterbezogene Interventionen kann man als interne Interventionen der Organisationskultur bzw. –politik betrachten, die nicht den Kernbereich der eigentlichen Aktivitäten der Organisationen betreffen. Allerdings wäre es im Sinne der Glaubwürdigkeit und einer Vorbildfunktion mit Sicherheit

²⁰⁷ Primär in der Inlandsorganisation, in einigen Fällen auch mit den Partnerorganisationen [Ergänzung d. Verf.].

wünschenswert, dass Mitarbeitende, die in der Tabakkontrolle arbeiten, selbst rauchfrei sind. Für die Implementierung von organisationsinternen Rauchverboten spricht, dass sie von der Organisation, die sie durchführt, als „Erfolgreich“ eingeschätzt wurden.

Einschätzungen zu den im Evidenzteil beforschten Interventionen

Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie die im Evidenzteil beforschten Interventionen von den drei TeilnehmerInnen der Befragung bewertet wurden, die angaben, Tabakkontrolle bereits durchzuführen oder zu unterstützen (Gruppe A) und den drei, die sich dies in der Zukunft vorstellen können (Gruppe B). Es werden mögliche Hintergründe und Zusammenhänge der Bewertung diskutiert. Dabei werden externe Quellen aus den Bereichen Entwicklungszusammenarbeit und Interventionsforschung hinzugezogen. Es wird auch Bezug auf die Ergebnisse aus der Evidenzanalyse im ersten Teil der Arbeit genommen.

Die Diskussion bezieht sich auf die im Ergebnisteil in Form von Balkendiagrammen dargestellten Auswertungen (Abb. XXVI – XXIX). Dabei ist zu beachten, dass diese zum einen aus arithmetischen Mitteln der beiden Mittelwerte von Gruppe A und B gebildet wurden (A und B zusammen). Zum anderen werden die Mittelwerte von Gruppe A und B getrennt dargestellt (A und B getrennt). Demnach erfolgt hier, je nach individuen- und bevölkerungsbezogenen Maßnahmen, eine gemeinsame und eine getrennte Betrachtung der Ergebnisse.

Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen

Gemeinsame Auswertung der Gruppen A und B (Abb. XXVI)

In der Betrachtungsweise der gemittelten Werte für Gruppe A und B zusammen werden ausschließlich Interventionen ohne körperlichen Eingriff (Information und Selbsthilfe, Beratung; Bildung, Schulung und Training und Anreize) für vorstellbar (Bereich: Vorstellbar, Gut vorstellbar, Sehr gut vorstellbar²⁰⁸) gehalten. Diese Tendenz kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass diese Interventionen im weiteren Sinne als „Hilfe zur Selbsthilfe“ verstanden werden können, anstatt dass dabei so weit gegangen wird, einen körperlichen Eingriff vorzunehmen (wie bei NET, Feedback über Biomarker, Medikamenten und Alternativen Hilfen²⁰⁹). Hier kann eine Rolle spielen, dass sich in der Konzeption der internationalen Zusammenarbeit ein Wandel von Bevormundung zu Partnerschaft vollzogen hat (Sangmeister und Schönstedt 2010: 43). In diesem Rahmen hat ein Re-

²⁰⁸ LEGENDE: 1 = Überhaupt nicht vorstellbar, 2 = Nicht vorstellbar, 3 = Eher nicht vorstellbar, 4 = Vorstellbar, 5 = Gut vorstellbar, 6 = Sehr gut vorstellbar

²⁰⁹ Diskussionswürdig ist in diesem Zusammenhang sicherlich die Hypnotherapie [d. Verf.].

formprozess stattgefunden, der sich in der Konzipierung der Millennium Development Goals, in den DAC-Principles for Effective Aid (1992) und in der Paris Declaration on Aid Effectiveness (2005) widerspiegelt, auch wenn kritisiert wird, dass die Umsetzung der darin enthaltenen Grundsätze in der Praxis nicht gewährleistet ist (ebd.: 44 – 46).

Ein „Kontakt auf Augenhöhe“ könnte, bezogen auf die Tabakkontrolle bedeuten, dass auf einer ersten Interventionsstufe kommunikative Interaktionsformen gesucht würden und man direkte Eingriffe eher vermeiden will, da sie als „autoritär“, „direktiv“ oder „übergreifend“²¹⁰ wahrgenommen werden könnten. Die Hierarchie der ersten drei Interventionen (Information und Selbsthilfe [4,84], Beratung [4,5]; Bildung, Schulung und Training [4,17]) könnte man so verstehen, dass Information und Selbsthilfe am wenigsten bestimmend ist und bei Bildung, Schulung und Training noch das größte Risiko von Vereinnahmung und Bevormundung besteht.

Zum anderen muss man berücksichtigen, dass auch in Deutschland Interventionen mit körperlicher Wirkung in der Tabakkontrolle zurzeit nicht gängig sind bzw. nicht im Rahmen der GKV erstattet werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2019), auch wenn dies in Teilen kritisiert wird (vgl. Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e. V. o.J.). Hier kann man vermuten, dass sich Organisationen in ihrer Anwendung und Umsetzung von Interventionen in LMIC tendenziell an den Gegebenheiten im Land des Organisationssitzes bzw. an ihrem „Ursprungsland“ orientieren. Weiterhin ist der Einsatz von NET, Feedback über Biomarker, Medikamenten und Alternativen Hilfen mit Aufwand und finanziellen Mitteln verbunden, die in LMIC wahrscheinlich schwer aufzubringen sind (vgl. O’Donnell 2007; idw 2020). Hinzu kommt, dass diese Interventionsformen in ihrer Wirksamkeit bzw. in Bezug auf UAW teils geringfügig, teils stark umstritten sind bzw. in der vorliegenden Untersuchung nur schwach positive (Feedback über Biomarker) oder überwiegend schwach negative (Alternative Hilfen; AWMF 2015: 141ff.) Empfehlungsgrade erhalten.

Anreize sind mit der Bewertung 4 (= Vorstellbar) die letzte Intervention im Bereich „vorstellbar“. Man kann sie als differenziert zu den davorstehenden Interventionen (Information und Selbsthilfe, Beratung; Bildung, Schulung und Training) betrachten. Während diese als informationsbasiert verstanden werden können, wird bei Anreizen mit einer zumeist materiellen Belohnung für das erwünschte Verhalten (Tabakaufgabe/Tabakreduzierung) gearbeitet (vgl. Cahill und Perera 2011/Systematic-Review-Nr. 9). Somit findet hier ein stärkerer Eingriff, als bei den mehr informationsbasierten Interven-

²¹⁰ Vgl.: „Colonizers’ belief in the ‘civilizing’ function of medicine upon native peoples, [...]“ (Lorcin 1999, zitiert in: Birn et al. 2009: 41).

tionen statt. Das korrespondiert mit der Möglichkeit, dass tendenziell Interventionen mit geringem direkten Eingriff und Einfluss, bei denen den Interventionsempfängern die größtmögliche Selbstbestimmung über ihr Verhalten überlassen und auf Selbsteinsicht gesetzt wird, im Bereich „vorstellbar“ bewertet werden. Gegen Anreize bestehen aber auch Vorbehalte bezüglich ihrer langfristigen Wirksamkeit auf Verhaltensweisen (vgl. Bohnhardt und Bödeker 2016). Es wird zudem diskutiert, ob Anreize möglicherweise nicht intendierte bzw. nicht berücksichtigte Effekte auslösen können (vgl. Fehr und Falk 2002). Vor diesem Hintergrund ist es verwunderlich, dass Anreize in der vorliegenden Befragung positiv bewertet werden. Sie sind im Rahmen der vorliegenden Untersuchung evtl. im breiteren Kontext des sog. „Nudging“²¹¹ zu verstehen. Dabei geht es darum, herkömmliche Instrumente zur Beeinflussung des Verhaltens, wie z. B. Verbote, in einer Bevölkerung zu ergänzen oder zu ersetzen, indem der Entscheidungsrahmen gestaltet und Personen somit weitgehend eigenbestimmt handeln können (Forberger et al. 2019: 2).

Die *Therapeutischen Interventionen* liegen in der Einschätzung der beiden Gruppen zusammen im oberen Bereich von „nicht vorstellbar“ (Eher nicht vorstellbar, Nicht vorstellbar, Überhaupt nicht vorstellbar). Man kann die Bewertung von 3,5 auch als zwischen den Bereichen „vorstellbar“ und „nicht vorstellbar“ liegend beschreiben. Psychotherapie ist ein Konzept, das überwiegend in HIC entwickelt wurde und das wahrscheinlich erfolgreich in LMIC angewendet werden könnte (vgl. Bolton et al. 2003; Cuijpers et al. 2019), das in diesen Regionen aber möglicherweise noch nicht ausreichend etabliert und somit für Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit nicht eindeutig vorstellbar ist. Am Beispiel der Psychotherapie für Depression und Angststörungen kann festgestellt werden, dass die Kosten eine wesentliche Barriere für die Implementierung in LMIC darstellen. Um dem entgegenzuwirken, könnten GesundheitshelferInnen psychotherapeutische Aufgaben übernehmen, internetbasierte und mobile Technologien zur Anwendung kommen und zugeschnittene Strategien für (marginalisierte) ethnische Gruppen entwickelt werden. Dahingehende Projekte wurden bereits von der WHO initiiert, wobei es neben der Implementierung auch um die theoretische Rahmensetzung bei der kulturellen Anpassung von psychologischen Interventionen geht (vgl. Cuijpers et al. 2019). Es ist aus Autorinnensicht denkbar, Tabak- bzw. im breiteren Kontext NCD-basierte oder suchtbetonte Komponenten in solche Programme zu integrieren.

Rückfallprävention ist die erste Intervention, die bei beiden Gruppen zusammengenommen in den (schwachen) Bereich von „nicht vorstellbar“ (3,34²¹²) fällt. Das kann damit zu

²¹¹ Nudge (engl.) = stupsen, schubsen, anstoßen

²¹² 3 = Eher nicht vorstellbar

tun haben, dass der Begriff verschiedene Interventionen zusammenfasst und sich damit von der Systematik der übrigen Interventionen absetzt. Rückfallprävention kann beispielsweise in Form von Beratung, Aufklärung oder auch medikamentös (vgl. Hajek et al. 2013/Systematic-Review-Nr. 28) durchgeführt werden. Möglicherweise führte dies bei den Beantwortenden zu Irritationen und so zu der vorliegenden Zuteilung. Rückfallprävention kann aber grundsätzlich als wichtige Maßnahme von nachhaltigen Interventionsprogrammen verstanden werden (vgl. ebd.; AWMF 2015a: 77 – 78).

Die Hierarchie der als am wenigsten vorstellbar bewerteten Interventionen (NET [3,17], Feedback [2,84], Medikamente [2,84], Alternative Hilfen [2,67]) kann so gedeutet werden, dass NET einerseits die etablierteste Form einer „körperbezogenen“ Therapie ist und andererseits gegenüber anderen Eingriffen, wie z. B. in Form von Medikamenten, als am mildesten betrachtet werden kann. Feedback über Biomarker ist mit körperlichen Eingriffen, z. B. in Form von Messungen der Ausatmung („Spirometrie“: vgl. Krüll 2020) oder bildgebenden Verfahren (z. B. Computertomographie: vgl. DeutscheMedizinerAuskunft.de 2020; Bize et al. 2012/SR-Nr. 5 [„imaging“: S. 3]) verbunden, die aufwändige Technologien erfordern. Der Eingriff wird hier von den Befragungsteilnehmenden möglicherweise als nicht so stark empfunden, wie bei Medikamenten oder Alternativen Hilfen. Dagegen ist es möglich, dass die Voraussetzung umfangreicher technischer Geräte und damit verbundener Kosten bei Feedback über Biomarker die Einschätzung nach der NET begründet. Alternative Hilfen können deshalb am unteren Ende der Skala zugeordnet worden sein, weil diese Verfahren als nicht validiert eingeschätzt werden oder weil möglicherweise bekannt ist, dass dazu (mit Ausnahme der Hypnotherapie) tendenziell keine positiven Empfehlungsgrade aus der Evidenzlage erreicht werden.

Getrennte Auswertung der Gruppen A und B (Abb. XXVIII)

Getrennt betrachtet kann man feststellen, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den gemittelten Bewertungen der Gruppen A und B besteht. Gruppe A ordnet demnach acht von zehn Interventionen dem vorstellbaren Bereich (5 – 4²¹³) zu, Gruppe B dagegen nur drei (4,64 – 4).

An erster Stelle der Bewertung stehen bei Gruppe A *Bildung, Schulung und Training* und *Information und Selbsthilfe*, die beide im Mittel gleich hoch bewertet wurden (5 = Gut vorstellbar). Darauf folgt *Beratung* mit einer etwas niedrigeren Bewertung (4,67). Auch hier kann die bereits beschriebene Erwägung des Vorzugs von Interventionen mit mög-

²¹³ LEGENDE: 1 = Überhaupt nicht vorstellbar, 2 = Nicht vorstellbar, 3 = Eher nicht vorstellbar, 4 = Vorstellbar, 5 = Gut vorstellbar, 6 = Sehr gut vorstellbar.

lichst geringem Eingriff zum Tragen kommen. Dass Bildung, Schulung und Training hier an erster Stelle steht kann damit in einen Zusammenhang gebracht werden, dass Bildung als elementar wichtig für Entwicklungszusammenarbeit betrachtet wird (vgl. Tippelt 2010) und relativ zu anderen Sektoren einen hohen ODA-Mittelzufluss erhält (vgl. OECD – DAC o.J.; BMZ 2010 – 2020b), woraus man auf eine hohe Bedeutung dieses Bereichs von Entwicklungszusammenarbeit schließen kann. Auch in der Gruppe B wurden Information und Selbsthilfe (4,67) und Beratung (4,33) in den Bereich von „vorstellbar“ eingeordnet. Die dagegen relativ stark abweichenden Bewertungen zwischen den Gruppen A und B bei Bildung, Schulung und Training (5 vs. 3,33) können dadurch zustande gekommen sein, dass in der Gruppe B dabei eine vereinnahmende Haltung vermutet oder aber, dass hier keine Verbindung mit Tabakaufklärung bzw. –prävention und –entwöhnung gesehen wird. Hier würde man in der Gruppe B eine kritischere Haltung erkennen, als in der Gruppe A. Die beschriebene Abweichung erklärt auch, warum Bildung, Schulung und Training bei der gemeinsamen Auswertung nicht an erster Stelle stehen.

Interessant ist, dass *Anreize* von beiden Gruppen eine gleich hohe Bewertung erhalten (4 = Vorstellbar). Darin drückt sich aus Autorinnensicht eine übereinstimmende Haltung aus, weniger vorzuschreiben oder zu verbieten und stattdessen eine Umgebung und Gelegenheiten zu schaffen, in denen Interventionsempfänger zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten angeregt werden und so selbstbestimmt wie möglich handeln können²¹⁴.

In der Rangfolge stehen dann bei der Gruppe A *Feedback über Biomarker*, *Rückfallprävention*, *NET* und *Medikamente* (4 = Vorstellbar) auf einer Stufe im Bereich der vorstellbaren Interventionen. Die Diskrepanz der Bewertungen zwischen den Gruppen A und B ist dagegen bei Feedback über Biomarker sehr hoch (4 vs. 1,67). Hier kommen die bereits beschriebenen Erwägungen des Eingriffs und des technischen Aufwands und damit verbundener Kosten bei der Gruppe B in Betracht. Rückfallprävention wird in der Gruppe B als „Nicht vorstellbar“ (2,67) bewertet. Hier kann sich ausdrücken, dass diese Intervention systematisch anders gefasst ist, als die übrigen Interventionen, während in der Gruppe A anerkannt wird, dass Rückfallprävention ein integraler Bestandteil von nachhaltig konzipierten Konzepten der Tabakkontrolle ist (s. o.). Eine deutliche Diskrepanz der Bewertungen zeigt sich auch bei NET und Medikamenten (4 vs. 2,33; 4 vs. 1,67). Eine dahingehend kritischere Haltung in der Gruppe B ließe sich z. B. durch die Stärke des Eingriffs, eine gewisse Strittigkeit hinsichtlich der Wirksamkeit und UAW und damit

²¹⁴ Vgl. S. 296/*Anreize*/Forberger et al. 2019

verbundenen Kosten erklären (s. o.).

Es zeigt sich bei Feedback über Biomarker, Rückfallprävention, NET und Medikamenten eine deutlich größere Offenheit gegenüber verschiedenen Interventionsformen in der Gruppe A als in der Gruppe B. Möglicherweise spielt hier eine Rolle, dass die Organisationen, die angegeben haben, Projekte oder Aktivitäten der Tabakkontrolle durchzuführen oder zu unterstützen (Gruppe A) große und etablierte Organisationen sind (u. a. World Vision, KfW), die bereits Erfahrung mit unterschiedlichen Interventionsformen im Gesundheitsbereich gesammelt haben und diese deshalb grundsätzlich nicht für abwegig halten. Ein weiterer Aspekt, der hier zum Tragen kommen könnte, ist die finanzielle Ausstattung von großen Organisationen und damit verbunden eine höhere Kapazität, verschiedene Interventionen zu fördern und umzusetzen, als in kleinen und weniger hoch ausgestatteten bzw. in bestimmten Bereichen spezialisierten Organisationen. Dass NET und Medikamente in der Gruppe A positiv bewertet werden, zeigt, dass hier trotz einer gewissen Kritik und Vorbehalten bezüglich ihrer Wirksam- und Empfehlbarkeit sowie möglicher UAW oder z. B. auch im Rahmen der Diskussion um eine sogenannte „Medikalisierung“ von gesellschaftlichen Phänomenen (vgl. Wehling et al. 2012) eine zustimmende Haltung besteht. Darin zeigt sich aus Autorinnensicht eine proaktive Haltung sowie der Wille, einzugreifen und Veränderungen zu bewirken, wenn gewisse und relativ zuverlässige Wirksamkeitsnachweise gegeben sind.

Die *Therapeutischen Interventionen* stehen, ähnlich wie bei der Auswertung von beiden Gruppen zusammen bei der Gruppe A zwischen den Bereichen „vorstellbar“ und „nicht vorstellbar“ (3,67). Dass hier ein leicht höherer Grad in der Gruppe A als in der Gruppe B (3,33) erreicht wird, kann damit im Zusammenhang stehen, dass die entsprechenden Organisationen mehr Erfahrung mit einer Bandbreite von Interventionen haben und demgegenüber offener sind. Auch bei den Alternativen Hilfen ist eine ähnliche Diskrepanz (Gruppe A: 3; Gruppe B: 2,33) möglicherweise dadurch zu erklären.

Den ausgeführten Erwägungen kann noch hinzugefügt werden, dass in die Befragung, wie beschrieben, auch Organisationen eingeschlossen wurden, die möglicherweise keinen Fokus auf dem Gesundheitsbereich haben oder die möglicherweise keinen direkten Bezugspunkt dazu haben. Falls sich solche Organisationen in der Gruppe B gesammelt haben würden, könnte auch dieser Aspekt die Bewertung dahingehend beeinflusst haben, dass die Interventionen tendenziell als weniger vorstellbar eingeordnet wurden, als in der Gruppe A.

Maßnahmen, die sich auf die Bevölkerung oder auf Gruppen beziehen

Gemeinsame Auswertung der Gruppen A und B
(Abb. XXVII)

Die *Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen* ist eine Intervention, durch die andere Anbaukulturen zum Einsatz kommen und auch für TabakarbeiterInnen und EinzelverkäuferInnen neue Beschäftigungsmöglichkeiten geschaffen werden sollen (Kahnert et al. 2011: 32). Der Fokus liegt hier im Bereich der ländlichen Entwicklung. Die Intervention wirkt somit nicht direkt auf die Bevölkerungsgesundheit, sondern beeinflusst das Angebot von Tabakprodukten und erreicht darüber die Bevölkerung (Möglichkeit, Tabakprodukte erwerben zu können: vgl. Kahnert et al 2011: 12 [„Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verminderung des Tabakangebots“]). Projekte im landwirtschaftlichen Bereich sind im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit mit dem Ziel der Hungerbekämpfung und der Ernährungssicherung verbunden und stehen dadurch in Verbindung mit dem zentralen Ziel der Armutsbekämpfung (vgl. United Nations, o.J.), wobei hier besonders die Rolle von NRO und in diesem Rahmen die kirchlichen Hilfswerke zu nennen sind (vgl. Stoecker und Hulverscheidt 2013; Stockmann et al. 2010: 447). Die hohe Bewertung in der vorliegenden Untersuchung (4,25²¹⁵) reflektiert möglicherweise die enge Verknüpfung zwischen Entwicklungszusammenarbeit und Landwirtschaft/ländlicher Entwicklung. Die befragten Organisationen könnten sich in diesem Bereich insgesamt gut wiederfinden und sich gut damit identifizieren. Auch Organisationen, die keine direkten oder indirekten Anknüpfungspunkte mit dem Gesundheitsbereich haben, fühlen sich hier womöglich angesprochen. Erstaunlicherweise nimmt dagegen der Bereich der Produktion und Landwirtschaft in der statistischen Betrachtungsweise der Verteilung der internationalen und deutschen ODA-Mittel einen vergleichsweise geringen Raum ein (vgl. OECD – DAC o.J.; BMZ 2010 – 2020b). Dagegen wird in einer aktuellen Studie der Landwirtschaft als einem von drei Bereichen eine zentrale Bedeutung für die sozioökonomische Entwicklung armer Länder zugesprochen (vgl. idw 2020).

Im Gegensatz zu der hohen Bewertung, die die Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen in der hier diskutierten Auswertung erhält, liegen dazu aus der Evidenzlage im ersten Teil der Arbeit keine Ergebnisse in Bezug auf gesundheitliche Outcomes vor.

Die Frage ist, ob es möglich und plausibel ist, in diesem Bereich Studienergebnisse zu erwarten. Dabei muss man in Betracht ziehen, dass die hier untersuchten Maßnahmen

²¹⁵ LEGENDE: 1 = Überhaupt nicht vorstellbar, 2 = Nicht vorstellbar, 3 = Eher nicht vorstellbar, 4 = Vorstellbar, 5 = Gut vorstellbar, 6 = Sehr gut vorstellbar.

aus der FCTC ausdrücklich in die Bereiche „Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak“ und „Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verminderung des Tabakangebots“ unterteilt werden (Kahnert et al. 2011: IX und 12). Der Denkansatz bei der Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen ist es also, den Tabakkonsum/-gebrauch durch ein vermindertes Tabakangebot zu verringern. Um dies flächendeckend zu erreichen, müsste wahrscheinlich der Tabakanbau global durch andere Anbaukulturen ersetzt werden, da sonst die Möglichkeit bestünde, den Tabakanbau in einem Land auszuweiten und über den Weltmarkt Tabakprodukte global zu verteilen. Wenn in einigen Regionen weniger Tabak angebaut werden würde, würde sich möglicherweise der Preis für Tabak durch das reduzierte Angebot insgesamt erhöhen und somit der Anbau wieder lukrativer werden, was als Anreiz dafür wirken könnte, mehr Tabak anzubauen. Andererseits könnte man auf nationaler Ebene durchaus den Blick darauf richten, welcher Zusammenhang zwischen Tabakanbau und lokalem Tabakkonsum besteht. Ein oft genanntes Beispiel ist China, wo etwa ein Drittel des weltweiten Tabaks produziert und konsumiert wird (vgl. Zhang et al. 2011). Hier wurde mit der „Farmland Redline Policy“ erstmalig in einem Land die Tabakanbausubstitution politisch vorgegeben (vgl. Li und Tang 2018), wobei neben Motiven der Ernährungssicherung, der wirtschaftlichen Entwicklung und der Verbesserung bäuerlicher Einkommen auch Public-Health-Aspekte ausschlaggebend sind. Aus Autorinnensicht ist es somit nicht abwegig, den Zusammenhang von Tabakanbau und -produktion und Tabakkonsum/-gebrauch bzw. tabakbedingter Mortalität und Morbidität auf Landesebene zu untersuchen. Weltweit existieren bis dato aber eher kleine Programme in wenigen Ländern zur Tabakanbausubstitution (Drope und Schluger 2018: 14; Clark et al. 2020; Li et al. 2012). In dahingehenden „Versuchen“ könnte man den Effekt der Substitution auf das Rauchverhalten und die Gesundheit der beteiligten Bäuerinnen und Bauern und ArbeiterInnen sowie der regionalen Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe (mit) herausstellen und damit womöglich ein weiteres fundiertes und evidenzbasiertes Argument für die Tabakanbausubstitution entwickeln.

Gesetze und Verbote können dem Bereich „Staat und Zivilgesellschaft“ zugeordnet werden. Die vergleichsweise hohe Bewertung in diesem Bereich (4 = Vorstellbar) ist übereinstimmend mit der hohen Prozentzahl an Mitteln, die aus deutscher ODA hier eingesetzt wird (vgl. BMZ, 2010 – 2020b) sowie mit den tendenziell hohen Empfehlungsgraden aus der Evidenzlage in diesem Bereich. Es kann auf eine hohe Bedeutung im Rahmen von (deutscher) Entwicklungszusammenarbeit geschlossen werden. Hier ist zu erwähnen, dass Rechtsstaatlichkeit laut den UN (o.J.a) im Zusammenhang mit Entwicklung steht und gemessen wurde, dass weltweit der Anteil an unvollständigen, Mischfor-

men und nicht demokratischen Staatsformen die vollständigen Demokratien übersteigt (vgl. Deutsche Welle 2019). Um Staaten und Zivilgesellschaften zu fördern, würde es im Bereich von Tabakkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit bedeuten, dass gesetzliche Rauchverbote mit Hilfe von Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit veranlasst und geschützt würden sowie dass eine angemessene Kontrolle und Umsetzung der Regelungen dadurch erfolgt (FCTC: Artikel 8; Kahnert et al. 2011: 20 und 59ff.). Andererseits kann unter diesem Gesichtspunkt auch diskutiert werden, wie weit Rauchverbote reichen sollen und inwiefern dadurch demokratische Grundfreiheiten, wie z. B., bezogen auf das deutsche Grundgesetz das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Artikel 2[1]) verletzt und andererseits das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2[2]) geschützt wird (vgl. Deutscher Bundestag o.J.). In einem weiteren Kontext könnte man sich auch mit dem Erfolg und Misserfolg von intendierten Verhaltensänderungen beschäftigen und grundsätzlich die Frage stellen, inwieweit man Personen mehr Freiraum zur Entwicklung von Handlungsabsichten zugestehen sollte. Dies wäre z. B. im Rahmen des sogenannten „Nudging“²¹⁶ zu sehen. Diese Thematik kann hier jedoch nur „angerissen“ werden und würde den hier gesetzten Rahmen überschreiten.

Dass die Förderung von Rauchverboten im Rahmen von internationaler Zusammenarbeit unterstützt werden kann zeigt die BMGF (vgl. BMGF 1999 – 2020a).

Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte fällt in den Bildungsbereich. Es kann festgestellt werden, dass hier der Mittelfluss aus internationaler und deutscher ODA vergleichsweise hoch ist (vgl. OECD – DAC o.J.; BMZ 2010 – 2020b), was mit einer hohen Bedeutung im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit erklärt werden kann und mit der Tendenz aus der Evidenzlage übereinstimmt²¹⁷. Das würde erklären, warum auch diese Intervention in der hier diskutierten Betrachtungsweise einen hohen Bewertungsgrad erhält (4 = Vorstellbar). Für den Bereich von Tabakkontrolle und Entwicklungszusammenarbeit kann man sich z. B. vorstellen, dass Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit Schulungen durchführen und GesundheitsshelferInnen im Bereich der Schädigungen und Krankheitsrisiken, die mit dem Tabakgebrauch verbunden sind, weiterbilden, so dass diese das Wissen an die entsprechenden Zielgruppen weitergeben oder andere Interventionen durchführen können.

Der *Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit* umfasst eigentlich zwei Bereiche, wobei „Umweltschutz“ der erste davon ist. Dies wird bei dem BMZ-Überblick über

²¹⁶ Vgl. S. 296/Anreize/Forberger et al. 2019

²¹⁷ Vgl. Erste Studie: Evidenzlage zur Wirksamkeit von Tabakkontrolle in Ländern mit durchschnittlich niedrigem und mittlerem Einkommen (LMIC) [101 ff.]

die Förderbereiche der deutschen bilateralen ODA-Leistungen dem Bereich „Multisektoral/Querschnitt“ zugeordnet (vgl. BMZ 2020 – 2020b). Der zweite Bereich ist der Schutz der Gesundheit von Personen, die im Tabakanbau und in der Herstellung tätig sind (Kahnert et al. 2011: 33). Die relativ hohe Bedeutungsbeimessung beider Bereiche zusammengenommen, spiegelt sich in der politischen Diskussion zum „Lieferkettengesetz“ wider (vgl. Initiative Lieferkettengesetz 2020; ARD-aktuell/tagesschau.de 2020). Bei der deutschen bilateralen Netto-ODA wäre eine Bereichsüberschneidung mit „Handelspolitik und -regeln, Handelsbezogene Anpassungsmaßnahmen, Tourismus“ im Bereich „Produktionsbereiche“ (vgl. BMZ, 2010 – 2020b) für beide Bereiche denkbar. Die hier zugeteilten Mittel liegen allerdings im vergleichsweise niedrigen Bereich (ebd.) und sprechen nicht mit der hohen Bedeutungsbeimessung in der vorliegenden Befragung überein. Hier könnte sich eine Theorie-Praxis-Diskrepanz andeuten, die sich im politischen Diskurs (vgl. Initiative Lieferkettengesetz 2020; ARD-aktuell/tagesschau.de 2020) ausdrückt. In Bezug auf Tabakanbau und –herstellung könnten dahingehende Maßnahmen beispielsweise die Vermeidung von Düngern und Pestiziden (Kahnert et al., 2011: 33) oder die Vermeidung von Kinderarbeit (Von Eichborn und Abshagen 2015: 19) sein. Beim Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit muss berücksichtigt werden, dass diese Intervention, analog zur Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen nicht die Bevölkerung, die vom Tabakgebrauch betroffen ist, direkt betrifft. Ausgenommen ist hier die Gruppe der TabakanbauerInnen und TabakarbeiterInnen, deren Gesundheit direkt geschützt werden soll, allerdings ohne primär auf den Tabakgebrauch zu setzen, sondern durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Es wird hier vielmehr wieder auf das Tabakangebot eingewirkt (analog zu der Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen). Eine Verbesserung in diesem Bereich kann sich insofern auf Tabaknutzende auswirken, als dass daraus ein reduziertes Angebot entstehen könnte (weniger Monokulturen, niedrigschwelliger Anbau: vgl. Von Eichborn und Abshagen 2015). Zum anderen wird diskutiert, ob biologisch produzierte Zigaretten gesünder sind, als nicht biologisch produzierte (vgl. Jordan-Stanford 2019; Mertz 2020). Hierbei wird auf die fehlenden Zusatzstoffe bei ökologisch produzierten Zigaretten gesetzt (vgl. Mertz 2020). Andererseits wird auch beschrieben, dass durch Öko-Siegel Verlockungen geweckt werden können, die den Tabakgebrauch eher verharmlosen (vgl. Jordan-Stanford 2019). Zudem wird auch kritisiert, dass dadurch Nischen für Tabakprodukte geschaffen würden, ohne den Tabaksektor insgesamt zu verändern (vgl. Abshagen, zitiert in: Schulz 2019).

Wie bei der Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen liegen auch beim Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit keine Ergebnisse in Bezug auf

gesundheitliche Outcomes aus der hier eruierten Evidenzlage vor. Dass aus der Befragung insgesamt eine hohe Bewertung resultiert, weist darauf hin, dass valide Forschungsergebnisse zu Interventionsmöglichkeiten möglicherweise von Interesse wären.

Die bis hier genannten Interventionen (Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen, Gesetze und Verbote, Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte, Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit) stehen in der gemeinsamen Auswertung der gebildeten Mittelwerte aus den Gruppen A und B an oberster Stelle, d. h., dass sie in den Bereich von „vorstellbar“ eingeordnet wurden (4,25 – 4). Dabei liegt die Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen leicht über den weiteren Interventionen, die auf einer Bewertungsstufe stehen (4 = Vorstellbar). Damit wird deutlich, dass zentrale Aspekte von Entwicklung einerseits (Gesundheit, Bildung und Landwirtschaft: vgl. idw 2020; Stockmann et al. 2010: 447) und andererseits (aktuell) oft diskutierte Themen im Bereich von Entwicklung, die untereinander verknüpft sind und miteinander in Verbindung stehen (Umwelt, Klima und Gesundheit; Staatlichkeit, Rechtsstaatlichkeit, soziale Ungleichheit; Bildung und Zivilgesellschaft: vgl. ISC 2020; United Nations o.J.a; United Nations o.J.; Klingebiel 2017) in der Form von Interventionen in der vorliegenden Untersuchung als bedeutend (im Sinne von „vorstellbar“) eingeordnet wurden. Darin kann man eine sich annähernde Haltung zwischen Theorie und Praxis erkennen sowie, dass Tabakkontrolle als Bestandteil in diesem Gefüge betrachtet werden kann (vgl. Von Eichborn und Abshagen 2015).

Auf die beschriebenen Interventionen im vorstellbaren Bereich folgen vier Interventionen im Bereich zwischen „vorstellbar“ und „nicht vorstellbar“ (3,83 – 3,5²¹⁸). Das sind: Trainingsintervention für Apotheker (3,83), Massenmediale Kampagnen (3,67), Bekanntgabe zu Inhaltsstoffen und Emissionen (3,5) und Forschung und Forschungs koordinierung (3,5). Obwohl zwei der Interventionen in den Bildungsbereich fallen, der, wie bereits beschrieben, innerhalb von internationaler und deutscher ODA als hoch bedeutsam bezeichnet werden kann, wurden sie hier zusammengewertet betrachtet, nicht eindeutig als vorstellbar eingeschätzt. Das kann damit im Zusammenhang stehen, dass *Trainingsinterventionen für Apotheker* (3,83) im Gegensatz zur *Schulung und dem Training für Gesundheitsfachkräfte* (4 = vorstellbar) eine spezialisierte Bildungsform ist, die bei Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte schon enthalten sein kann. Zum anderen setzt dies das Vorhandensein von Strukturen und Gesundheitssystemen voraus, was in LMIC nicht flächendeckend gegeben ist (WHO 2020a: vii). *Massenmediale Kampagnen* fallen ebenso in den Bildungsbereich, können als effektiv für den Einsatz in LMIC be-

²¹⁸ 3 = Eher nicht vorstellbar

zeichnet (vgl. Zamawe et al. 2016; Tabassum et al. 2018) und auch aus der Evidenzlage tendenziell empfohlen werden. Sie können in einem Zusammenhang mit Interventionen über neue Technologien (vgl. Tabassum et al. 2018) betrachtet werden. Es kann hier nur vermutet werden, dass die BefragungsteilnehmerInnen möglicherweise Face-to-Face-Interaktionen (Training für Gesundheitsfachkräfte) innerhalb des Bildungsbereichs für wirksamer (hier im Sinne von vorstellbar) halten als technologiegesteuerte Interventionen und dass letztere als zu passiv wahrgenommen werden, im Gegensatz dazu, Personen vor Ort aktiv einzubinden (vgl. Zamawe et al. 2016; Wakefield et al. 2010). Zudem spielen hier auch möglicherweise die Kosten von massenmedialen Kampagnen eine Rolle. Allerdings weisen Studienergebnisse darauf hin, dass massenmediale Kampagnen kosteneffektiv sind, wenn man sie ins Verhältnis zu den dadurch erreichten gesundheitsbasierten Nutzenwerten (z. B. LYG, „smokers averted“, QALY/DALY²¹⁹) setzt (vgl. Atusingwize et al. 2015; Higashi et al. 2011). Die *Bekanntgabe zu Inhaltsstoffen und Emissionen* könnte dem ODA-Bereich „Handelspolitik und -regeln, Handelsbezogene Anpassungsmaßnahmen, Tourismus“ („Produktionsbereiche“) zugeordnet werden, der im Vergleich der prozentualen Verteilung der deutschen bilateralen Mittel eine eher niedrige Position einnimmt (vgl. BMZ 2010 – 2020b). Das könnte als übereinstimmend mit der Bewertung (3,5) in der vorliegenden Befragung verstanden werden sowie mit den fehlenden Studienergebnissen in Bezug auf gesundheitliche Outcomes in der Evidenzrecherche im ersten Teil der Arbeit. Vermutlich sehen die befragten Organisationen hier keine Zuständigkeit im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit. Allerdings werden die Aufgaben der EZ in einem breiteren Rahmen diskutiert, so dass eine Öffnung hin zu alternativen Strukturen und Aufgabenfeldern jenseits von „traditionellen“ Systemen denkbar ist (vgl. Sangmeister und Wagner 2019). Gleichzeitig findet hier eine Überschneidung mit dem Bereich „Gesetze und Verbote“ statt, wenn man sich vorstellt, dass die Bekanntgabe von Produktinformationen mit Hilfe von Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in einem LMIC gesetzlich durchgesetzt und unterstützt würde. Zudem ist dies auch im Zusammenhang mit dem Markteintritt globaler Unternehmen mit gesundheitsgefährdenden Produkten in LMIC (vgl. Lin et al. 2018; Gilmore 2015) zu sehen, die den Bedarf für Regulierungen im Sinne der Bevölkerungsgesundheit erhöhen. *Forschung und Forschungs koordinierung* kann im hier gesetzten Rahmen primär im Zusammenhang mit der Evaluation von Interventionen betrachtet werden, wobei darüber hinaus auch der Bedarf für Interventionen, also Gründe und Ausmaße von Krankheiten erforscht werden (Rychetnik et al. 2002: 119). Hier wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit bereits der sog.

²¹⁹ Bedeutung der Abkürzungen: s. Abkürzungsverzeichnis (XVI)

„10/90 gap“²²⁰ erwähnt, bei dem auf das globale Ungleichgewicht von Forschung in Bezug auf die Verteilung von Krankheiten aufmerksam gemacht wird (vgl. Vidyasagar 2006; Mendis et al. 2003) sowie, dass die Forschungsinfrastruktur in LMIC gestärkt werden sollte, um Forschung und Forschungsbedarfe besser miteinander abzustimmen (vgl. The Commission on Health Research for Development 1999; Bryant and Harrison 1996). Auf einen dahingehenden Bedarf machen auch die WHO und der Internationale Wissenschaftsrat (ISC) aufmerksam (vgl. WHO 2020; ISC 2019). Bei letzterem wird Wissenschaft als Globales Öffentliches Gut (engl.: Global Public Good) verstanden. In dieser Debatte soll der Gegensatz zwischen Globalem Norden und Süden („Nord-Süd-Dichotomie“) aufgehoben und sollen Weltprobleme aus einer global-kollektiven Perspektive betrachtet werden (vgl. Klingebiel 2017; Klingebiel und Izmetiev 2020). Aus diesen Erwägungen ist eine Unterstützung von Forschung und Forschungs koordinierung im Bereich von Tabakkontrolle in LMIC (vgl. WHO 2019) durch Entwicklungszusammenarbeit denkbar und notwendig und kann als Erklärung für die Einordnung im mittleren Bereich (3,5) herangezogen werden. Aus der Evidenzanalyse des ersten Kapitels der vorliegenden Arbeit resultieren allerdings keine Studienergebnisse in Bezug auf gesundheitliche Outcomes von Forschungsaktivitäten im Bereich von Tabakkontrolle, was ebenfalls mit der mittleren Einschätzung durch die Befragten korrespondiert.

Die in der Hierarchie der hier diskutierten Auswertung darauffolgenden Interventionen können dem Bereich „nicht vorstellbar“ (inkl. 3 = Eher nicht vorstellbar) zugeordnet werden (3,34 – 1,83). *Berichterstattung* (3,34) weist Ähnlichkeiten zu Forschung und Forschungs koordinierung auf, wenn man dabei z. B. an Forschungsberichte denkt. Andererseits können Berichte auch zur gegenseitigen Information dienen (Kahnert et al. 2011: 35). Die niedrige Bewertung kann damit zu tun haben, dass dieser Interventionsform allgemein und speziell im Bereich von Tabakkontrolle als „Meta-Intervention“ keine hohe Priorität eingeräumt wird. Zudem passt die Bewertung dazu, dass aus der vorab durchgeführten Evidenzrecherche keine Ergebnisse in Bezug auf gesundheitsbezogene Outcomes resultieren. Allerdings sollte die Bedeutung von Informationen in Organisationen nicht unterschätzt werden (Sinnstiftung, Generierung von Wissen, Entscheidungsfindung: vgl. Choo 1996). Daher wäre es denkbar und sinnvoll, dass Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit Partnerorganisationen z. B. Unterstützung in der Erstellung von Berichten zu Projekten der Tabakkontrolle anbieten. Die (gesundheitsgerechte) *Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten* zu fördern, kann, wie die Bekanntgabe zu Inhaltsstoffen und Emissionen als dem ODA-Bereich von „Handelspolitik und –regeln,

²²⁰ Vgl. Mangel an Studien zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC (221)

Handelsbezogene Anpassungsmaßnahmen, Tourismus“ (vgl. BMZ 2010 – 2020b) zurechenbar verstanden werden. Hier könnte man eine Übereinstimmung und Erklärung insofern finden, als dass die prozentuale Zuteilung von ODA-Mitteln hier vergleichsweise gering ist und auch die Einschätzung der Befragungsteilnehmenden in den Bereich von „nicht vorstellbar“ (3,3²²¹) fällt. Damit übereinstimmend erreicht die Intervention in der Evidenzrecherche eine schwach positive Empfehlung. Entgegenzusetzen wäre hier, dass im Rahmen einer sich wandelnden Entwicklungszusammenarbeit neue Aufgabebereiche vorstellbar sind²²² sowie dass z. B. die BMGF die Unterstützung bei der Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten im Rahmen ihrer Arbeit in LMIC durchführt (vgl. BMGF 1999 – 2020a). Auch das *Unterbinden des unerlaubten Handels* mit Tabakprodukten (3,17) scheint eine Interventionsform zu sein, die auf den ersten Blick nicht in den Bereich von Entwicklungszusammenarbeit fällt. Entsprechend sind dazu in der Evidenzrecherche keine Ergebnisse zu gesundheitsbezogenen Outcomes identifiziert worden. Allerdings ist in den Bereichen von Regulierung und der Unterstützung von Rechtsstaatlichkeit²²³ ein Zusammenhang denkbar. Dies muss vor allem unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden, dass illegaler Tabakhandel dazu beitragen kann, dass die Bevölkerungsgesundheit in LMIC gefährdet und staatliche Einnahmen gemindert werden (vgl. Joossens et al. 2010). Die Bedeutung dieses Bereichs wird dadurch unterstrichen, dass mit dem „Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products“ zu Artikel 15 der FCTC seit 2012 ein für sich stehender internationaler Vertrag zu diesem Thema besteht (vgl. WHO FCTC 2020). *Patienten- und anbieterbasierte finanzielle Interventionen* setzen ein funktionierendes Gesundheitssystem voraus, in dem Leistungen vergütet und abgerechnet werden. Da dies nicht flächendeckend gegeben ist (WHO 2020a: vii), werden die Interventionen möglicherweise aus der Perspektive der Entwicklungszusammenarbeit in dieser Auswertung im Bereich von „eher nicht vorstellbar“ (3,17; 3 = Eher nicht vorstellbar) bewertet. Im Bereich der Anbieter korrespondiert das mit einer eher niedrigen Beurteilung aus der Evidenzlage. Bei den Patienten kann diese Intervention aus der hier eruierten Evidenzlage aber empfohlen werden. Es ist denkbar, dass Entwicklungszusammenarbeit dazu beitragen kann, Gesundheitssysteme in LMIC zu etablieren (vgl. GIZ o.J.) und Tabakkontrolle darin zu integrieren. Hier könnte man sog. „Leapfrogging“ – Effekte (vgl. idw 2020) erzielen, wenn Tabakkontrolle in LMIC im Gegensatz zu HIC in angemessener Weise Eingang in bestehende oder entwickelte Gesundheitssysteme finden und man so Entwicklungsschritte überspringen würde (bezogen auf

²²¹ 3 = Eher nicht vorstellbar

²²² Vgl. Die Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit (88)

²²³ Vgl. Das Selbstverständnis von deutscher Entwicklungszusammenarbeit (94)

eine möglicherweise ungenügende oder nicht adäquate Berücksichtigung von Tabakkontrolle im deutschen Gesundheitssystem, als Beispiel für ein HIC: vgl. Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e. V. o.J.). *Preisbezogene und steuerliche Interventionen* (2,84) wirken auf den ersten Blick möglicherweise ebenfalls vergleichsweise „EZ-fern“, werden aus der Evidenzanalyse heraus aber empfohlen (B+) und am Beispiel der BMGF (vgl. BMGF 1999 – 2020a) in LMIC unterstützt. Auch hier kann es sein, dass es insgesamt erforderlich ist, dass Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit ihre „traditionelle“ Aufgabenstruktur und –verteilung überdenken und den sich wandelnden globalen Bedingungen zufolge öffnen und anpassen (vgl. Sangmeister und Wagner 2019). Ebenso scheint auch das *Unterbinden von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring* zunächst womöglich vergleichsweise EZ-fern und wird deshalb wahrscheinlich niedrig eingestuft (2,84). Aus der Evidenzlage ergibt sich allerdings eine schwach positive Empfehlung. Zudem kann man auch hier einen Zusammenhang mit Rechtsstaatlichkeit und Regulierung erkennen, was Bereiche von internationaler Entwicklungszusammenarbeit sind (vgl. OECD – DAC o.J.; BMZ 2010 – 2020b). Das Beispiel der BMGF zeigt hier wieder, dass eine Unterstützung möglich ist (vgl. BMGF 1999 – 2020a). Bei der *Regelung von Inhaltsstoffen und Emissionen* passt die Bewertung (2,76) dazu, dass aus der Evidenzlage keine Ergebnisse in Bezug auf gesundheitsbezogene Outcomes resultieren. Das lässt den Bereich wenig bedeutsam erscheinen. Andererseits geht es hier ebenfalls um die, für die Entwicklungszusammenarbeit relevanten Bereiche von Regulierung, Rechtsstaatlichkeit und den Schutz der Bevölkerung vor gesundheitsschädlichen Produkten. Die *elektronische Zigarette* erreicht in der hier diskutierten Betrachtungsweise die niedrigste Bewertung (1,83). Darin spiegelt sich wahrscheinlich der umstrittene Status dieses Produkts, das zur Tabakentwöhnung gebraucht werden kann wider, was sich auch in der hier eruierten Evidenzlage zeigt. Während in der Diskussion um E-Zigaretten²²⁴ einerseits argumentiert wird, die elektronische Zigarette sei weniger schädlich als herkömmliche Zigaretten und von daher vielversprechend in der Schadensbegrenzung (engl.: Harm Reduction; vgl. Cahn und Siegel 2011), wird andererseits ausgeführt, welche Risiken mit dem Gebrauch dennoch verbunden sind und somit vor einer Verharmlosung und einer Stilisierung zu einem „All-Heil-Mittel“ in Bezug auf die Nikotinsucht gewarnt (vgl. WHO 2020b; Blaha 2020; LUNGUSA 2019). Es kommt hier wahrscheinlich auch zum Tragen, dass die E-Zigarette bislang nicht als Medizinprodukt anerkannt wurde (vgl. Blaha 2020; BVerwG 2014). In Bezug auf den Einsatz von E-

²²⁴ Herkömmliche Form von elektronischen Nikotinabgabesystemen (engl. Electronic nicotine delivery systems/ENDS) oder von elektronischen Nicht-Nikotinabgabesystemen (engl. Electronic non-nicotine delivery systems/ENNDS) [WHO 2020c].

Zigaretten in LMIC wird als gefährlich eingestuft, dass die darin enthaltene Flüssigkeit ungewollt eingenommen werden könnte und besonders in ländlichen Gebieten die Gesundheitsversorgung auf solche Fälle nicht abgestimmt ist (Chang und Barry 2015).

Getrennte Auswertung der Gruppen A und B (Abb. XXIX)

Während bei der getrennten Betrachtungsweise auf die gemittelten Werte der Gruppen A und B in der Gruppe A neun von 17 Interventionen dem Bereich „vorstellbar“ (4 – 6)²²⁵ zugeordnet werden, sind es in der Gruppe B nur zwei von 17. Auch hier zeigt sich eine deutlich offenere Haltung der Befragungsteilnehmenden der Gruppe A gegenüber verschiedenen Interventionsformen, als in der Gruppe B.

Besonders stark ist die Abweichung zwischen den zwei Gruppen bei der Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen (Gruppe A: 5,5; Gruppe B: 3), bei den patienten- (4 vs. 2,33) und anbieterbasierten finanziellen Interventionen (4 vs. 2) und bei den Gesetzen und Verboten (2,67 vs. 5,33).

Der hohe Gesamt-Bewertungsgrad für die *Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen* resultiert also im Wesentlichen aus einer hohen Bewertung in der Gruppe A. Möglicherweise wird hier in der Gruppe B dem landwirtschaftlichen Bereich der Anbausubstitution und den Alternativen für Tabakarbeiter und Einzelverkäufer kein hoher Effekt auf die Bevölkerungsgesundheit in LMIC beigemessen, da diese mit Ausnahme der genannten besonderen Zielgruppen hier „nur“ über ein reduziertes Tabakangebot erreicht wird. Das widerspricht allerdings der These, dass sich in der Gruppe B vermehrt kleine Organisationen gesammelt haben, die sich mit dem Bereich von Landwirtschaft/ländlicher Entwicklung identifizieren. *Patienten- und anbieterbasierte finanzielle Interventionen* können, wie bereits beschrieben, mit Blick auf zum Teil fehlende oder ungenügende Gesundheitssysteme in LMIC kritisch betrachtet werden. Denn wenn es keine etablierten Interventionen der Tabakkontrolle, eingebunden in ein monetär ausgestaltetes Gesundheitssystem gibt, macht es auch keinen Sinn, Patienten oder Anbieter für die Inanspruchnahme oder das Angebot von Tabakkontrolle (monetär) zu belohnen. Wahrscheinlich ist auch, dass in diesem Rahmen andere Probleme, die die Gesundheit von Menschen in LMIC „direkter“ betreffen, als dringender eingestuft werden. Als weiterer Grund für die niedrige Einstufung in der Gruppe B kommt in Betracht, dass der Ansatz des „Leapfrogging“²²⁶ verfolgt wird, wobei bestimmte Aspekte der Entwicklung von

²²⁵ LEGENDE: 1 = Überhaupt nicht vorstellbar, 2 = Nicht vorstellbar, 3 = Eher nicht vorstellbar, 4 = Vorstellbar, 5 = Gut vorstellbar, 6 = Sehr gut vorstellbar

²²⁶ Vgl. S. 302 ff. „Leapfrogging“-Effekte (idw 2020)

Gesundheitssystemen in HIC in LMIC übersprungen werden. Das kann in Bezug auf patienten- und anbieterbasierte finanzielle Interventionen der Verzicht auf „teilweise aufwändige Krankenversicherungssysteme“ und „hohe Investitionen“ sein (Klingholz et al. 2020: 26). Andererseits sprechen hier die hohen Bewertungsgrade in der Gruppe A (4 = Vorstellbar) dafür, dass Interventionen, die das Gesundheitssystem in LMIC betreffen, grundsätzlich als relevant eingestuft werden können. Dass *Gesetze und Verbote* in der Gruppe A den vorletzten Platz einnehmen ist erstaunlich, ist doch die Stärkung von Staaten, Rechtsstaatlichkeit und der Zivilgesellschaft Bestandteil von Entwicklung und Entwicklungszusammenarbeit²²⁷. Es fällt hier auf, dass *alle* Interventionen, die in den Bereich der Regulierung und Kontrolle der Vermarktung von Tabakprodukten fallen (Bekanntgabe zu Inhaltsstoffen und Emissionen, Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten, Regelung der Inhaltsstoffe und Emissionen, Unterbinden des unerlaubten Handels, preisbezogene und steuerliche Interventionen und Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring) bei der Gruppe A im Bereich von „eher nicht vorstellbar“ (3,67 – 3) eingeordnet wurden. Somit kann erwogen werden, dass sich diese Organisationen im Bereich der Rahmgebung und –kontrolle von Interventionen als nicht zugehörig empfinden bzw. diesen Bereich eher anderen Instanzen zuordnen (im Gegensatz zu Kernbereichen, wie Landwirtschaft, Bildung, Umweltschutz, Gesundheitssysteme, Begleitforschung). Darunter würde dann auch die Gesetzgebung im Bereich von Rauchverboten fallen. Wie bereits beschrieben, kann man heute die „traditionelle“ Aufgabenzu- und -verteilung kritisch betrachten und diskutieren, ob das Feld von Entwicklungszusammenarbeit grundsätzlich einer Öffnung bzw. einer höheren Flexibilität bedarf (vgl. Sangmeister und Wagner 2019). Zudem wird auch hier am Beispiel der BMGF deutlich, dass Aktivitäten im Bereich der Förderung von Rauchverboten im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit unterstützt werden *können* (vgl. BMGF 1999 – 2020a).

Beim *Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit* und bei der *Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten* liegen die Bewertungen der beiden Gruppen gleichauf (4=Vorstellbar und 3,33). Dem Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit wird demnach von beiden Gruppen eine vergleichsweise hohe Bedeutung beigemessen, was mit der aktuellen Relevanz von Umweltthemen (vgl. UN o.J.b) und der politischen Diskussion um ein Lieferkettengesetz und damit im Zusammenhang stehenden menschenrechtlichen Themen (vgl. ARD-aktuell/tagesschau.de 2020) einhergeht. Die Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten wird zwischen „vorstellbar“ und „eher nicht vorstellbar“ (3,33) eingeordnet. Dies deutet auf eine eher zögerliche Haltung hin. Wenn

²²⁷ Vgl. Das Selbstverständnis von deutscher Entwicklungszusammenarbeit (94)

man die (gefährdende) Bedeutung des Tabakgebrauchs für die Gesundheit der Menschen in LMIC (vgl. WHO 2019) und die schwach positive Empfehlung aus der Evidenzlage berücksichtigt, kann aber diskutiert werden, ob auch hier eine „Öffnung“ hin zu in der Entwicklungszusammenarbeit eher ungewöhnlich erscheinenden Interventionen erforderlich ist.

Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte und *Trainingsinterventionen für Apotheker* weisen eine vergleichbare Diskrepanz zwischen den Gruppen A und B auf (4,67 vs. 3,33 und 4,33 vs. 3,33). Es wird deutlich, dass dem Bildungsbereich, übereinstimmend mit der Evidenz und der Bedeutung innerhalb von Entwicklungszusammenarbeit²²⁸ in der Gruppe A eine hohe Bedeutung beigemessen wird. Dagegen kann man sich fragen, wie die niedrige Bewertung in der Gruppe B zustande kommt. Es kann sein, dass sich hier kleine und spezialisierte Organisationen sammeln, die keinen Fokus auf Bildung haben. Dass darauf in der Gruppe A die *Massenmedialen Kampagnen* folgen (4 = Vorstellbar), unterstreicht den Trend der hohen Bedeutung des Bildungssektors sowie, dass massenmediale Kampagnen ein bewährtes Konzept zur Verbreitung von gesundheitsbezogenen Botschaften auf Bevölkerungsebene darstellen (vgl. Zamawe et al. 2016; Wakefield et al. 2010). Die niedrigere Bewertung in der Gruppe B (3,33) kann ebenfalls damit zu tun haben, dass hier Organisationen repräsentiert sind, die in anderen Nischen spezialisiert sowie, die möglicherweise von den Kosten solcher Interventionen abgeschreckt sind, auch wenn sie wahrscheinlich in Bezug auf den gesundheitlichen Nutzen als kosteneffektiv bezeichnet werden können²²⁹. *Forschung und Forschungs koordinierung* und *Berichterstattung* werden ebenfalls in der Gruppe A höher als in der Gruppe B bewertet (4 vs. 3; 4 vs. 2,67). Hier wurde bereits diskutiert, aus welchen Gründen diese Interventionen bedeutsam sind. Da sie als sogenannte „Meta-Interventionen“ bezeichnet werden können, die nicht den Kernbereich, wie z. B. einen direkten Kontakt mit Zielgruppen betreffen, kann es sein, dass sie in der Gruppe B im Bereich „eher nicht vorstellbar“ (3) bis „nicht vorstellbar“ (2) liegen. Die *Bekanntgabe der Inhaltsstoffe und Emissionen* und die *Regelung der Inhaltsstoffe und Emissionen* werden in der Gruppe A im Bereich von „eher nicht vorstellbar“ (3,67;3,33) und in der Gruppe B im Bereich von „eher nicht vorstellbar“ (3,33) und „nicht vorstellbar“ (2) eingeordnet. Dieser Wertebereich stimmt mit dem der gemeinsamen Auswertung überein. Das Für und Wider einer solchen Bewertung wurde bereits diskutiert²³⁰. Interessant ist hier, dass in der Bewertung der Gruppe B die *Bekanntgabe* zu Inhaltsstoffen und Emissionen vor der *Regelung* der Inhaltsstoffe

²²⁸ Vgl. S. 299 „Bildung, Schulung und Training“ (OECD-DAC o.J.; BMZ 2010-2020b)

²²⁹ Vgl. S. 302 ff. „Studienergebnisse“/„massenmediale Kampagnen“

²³⁰ Vgl. S. 302 ff./S. 311 ff.

und Emissionen liegt. Diese Organisationen können sich also offensichtlich noch eher vorstellen, sich für die Offenlegung von Produktinformationen einzusetzen, als für die Regelung der Inhaltsstoffe und Emissionen. Das könnte man so deuten, dass die Regelung mehr Kompetenz und Wissen erfordert und damit schwieriger umzusetzen ist, als die Bekanntgabe. Die Bewertungen der beiden Gruppen bei dem *Unterbinden des unerlaubten Handels*, bei *preisbezogenen und steuerlichen Interventionen*, beim Eindämmen von *Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring* und bei der *elektronischen Zigarette* sind in den beiden Gruppen vergleichsweise ähnlich und entsprechen in etwa der zusammengefassten Auswertungsweise. Damit einhergehende Erwägungen wurden bereits angestellt²³¹.

Interessanterweise wird das Unterbinden des unerlaubten Handels in der Gruppe B leicht höher (3,33), als in der Gruppe A (3 = Eher nicht vorstellbar) eingestuft. Womöglich zeigt sich darin eine kritischere Haltung zur Tabakindustrie.

Analog zu den Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen, muss hier noch hinzugefügt werden, dass die tendenziell niedrigeren Bewertungen der Interventionen durch die Gruppe B auch so erklärt werden können, dass sich hier Organisationen sammeln könnten, die keinen Fokus auf dem Gesundheitsbereich haben.

Barrieren gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle

Im vorherigen Abschnitt wurden einige vermutete Barrieren in Bezug auf die Einschätzung der in der Evidenzanalyse untersuchten Interventionen durch deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit beschrieben (z. B. als möglicherweise zu stark empfundener Eingriff, Möglichkeit von Bevormundung, umstrittene Interventionen/Evidenzlage, anders spezialisierte Organisationen, kleine Organisationen, fehlende Erfahrungswerte, Voraussetzung/Vorhandensein von Strukturen, Zuständigkeit, Face-to-face vs. technologiegesteuert, „traditionelle“ vs. neue Aufgaben von EZ, „Meta-Interventionen“, Kosten). Im Gegensatz dazu geht es hier um die Diskussion der in der Befragung explizit genannten Barrieren (Frage 13: Was sind die Gründe, die am ehesten dafür in Frage kommen, dass Ihre Organisation keine Projekte, andere Aktivitäten bzw. Unterstützungsleistungen im Bereich der Tabakkontrolle durchführt?). Dabei treten Überschneidungen mit den vermuteten und bereits ausgeführten Barrieren auf.

Der häufigste genannte Grund, aus dem heraus sich die befragten Organisationen nicht im Bereich von Tabakkontrolle engagieren, ist die *Zuordnung der jeweiligen Organisation außerhalb des Gesundheitsbereichs* (zehn Mal genannt). Hier spielt wahrscheinlich eine

²³¹ Vgl. S. 302 ff.

Rolle, dass über die AG Gesundheit des VENRO zwar gesundheitsbezogene Organisationen erreicht, dass aber durch die hinzugezogene Liste des BMZ auch sehr unterschiedliche Organisationen adressiert wurden. Das umfasst u. a. die Durchführungsorganisationen der staatlichen deutschen Entwicklungszusammenarbeit in der Finanziellen Zusammenarbeit (KfW), in der Technischen Zusammenarbeit (GIZ) und in der Personellen Zusammenarbeit (CIM; Stockmann et al. 2010: 426 – 436), die politischen Stiftungen (wie z. B. die Friedrich-Ebert-Stiftung oder die Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit; ebd.: 453 – 454)), Forschungsinstitute (wie z. B. das Deutsche Institut für Entwicklungspolitik oder das Institut für Entwicklung und Frieden), wirtschaftsnahe Organisationen (wie z. B. die Agentur für Wirtschaft und Entwicklung oder die sequa gGmbH), UN-Organisationen (Deutsche UNESCO-Kommission, UNICEF Deutschland), spezialisierte NRO (EinDollarBrille) und ONE als eine Organisation, die die Interessen von LMIC vertritt (engl. Advocacy Group/Campaign; Birn et al. 2009: 115). Laut VENRO (2012: 4) und der WHO sollte man Gesundheit aber als Querschnittsaufgabe in verschiedenen Sektoren und somit als „Health in all Policies“ (HiAP) in der internationalen EZ berücksichtigen (WHO 2014: 8). In verschiedenen Ansätzen wird die zentrale Bedeutung von Gesundheit für Entwicklung diskutiert (z. B. im humanistischen oder im menschenrechtsbasierten Ansatz; Birn et al. 2009: 170 – 183). Es wird herausgestellt, dass es entscheidend ist, die Determinanten von Gesundheit im Kontext von sozialen, politischen und wirtschaftlichen Beziehungen auf lokaler, nationaler und globaler Ebene zu berücksichtigen (engl. Political economy approach; ebd.: 181). In diesem Sinne wäre es für alle Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit erforderlich, gesundheitliche Aspekte, wozu man den Tabakgebrauch und seine Kontrolle zählen kann, in ihre Arbeit einzubeziehen. Die FCTC ist ein Beispiel für den HiAP-Ansatz auf globaler Ebene und zeigt, wie man den Schutz der Bevölkerungsgesundheit vor den verheerenden Auswirkungen eines gefährdenden und schädlichen Produkts auf verschiedenen Ebenen gesetzlich verankern kann (WHO 2014: 11). Eine Unterstützung durch deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit wäre hier aus Autorinnensicht aufgrund der weltweiten gesundheitlichen Gefährdungslage (vgl. WHO 2019; WHO 2020d) sinnvoll. Allerdings kann man sicherlich nicht erwarten, dass sich die gesamte deutsche Entwicklungszusammenarbeit in Kürze auf gesundheitliche Themen umorientieren kann und wird. Vielmehr sollten bei den durchgeführten und unterstützten Aktivitäten und Projekten die gesundheitlichen Auswirkungen mitgedacht und berücksichtigt werden. Tabakkontrolle ist dabei offensichtlich ein vergleichsweise unbekanntes oder neues Thema in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Hier wäre es angesichts der umfangreichen vorliegenden Daten und Informationen (vgl. WHO 2019) wünschenswert, wenn sich deutsche Organisationen der Ent-

wicklungszusammenarbeit demgegenüber öffnen und sich damit flexibel an sich verändernde globale Entwicklungen und Erfordernisse anpassen würden. Tabakkontrolle wäre aufgrund des breit gefächerten Interventionenspektrums auch ein Thema für Organisationen, die keinen Fokus auf dem Gesundheitsbereich haben, sondern die sich beispielsweise für die Bereiche Bildung, ländliche Entwicklung, Umweltschutz oder Rechtsstaatlichkeit einsetzen. Allerdings sollte der Fokus im Kontext der vorliegenden Arbeit immer primär auf den gesundheitlichen Auswirkungen liegen. Zu berücksichtigen ist allerdings auch, dass sich Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit, insbesondere seit der Paris-Erklärung von 2005 verstärkt an ihren Partnern orientieren („Ownership/Eigenverantwortung“ und „Alignment/Partnerausrichtung“; Sangmeister und Schönstedt 2010: 45). Somit wäre es von Vorteil, wenn die Themen „Gesundheit“ und „Tabakkontrolle“ auch von dieser Seite aus stärker beachtet und eingefordert werden würden. Das drückt sich in den Antworten der Befragung auch in der Anmerkung zur Abhängigkeit der Entscheidung für die Durchführung oder Unterstützung von Interventionen von den Partnerregierungen aus²³².

Dass zwei Mal angegeben wurde, dass *andere Organisationen die Aufgaben der Tabakkontrolle wahrnehmen*, lässt auf eine gewisse Arbeitsteilung innerhalb der deutschen staatlichen und nichtstaatlichen Entwicklungszusammenarbeit oder auch zwischen Entwicklungszusammenarbeit und anderen Einrichtungen und Institutionen schließen. Dies ist in Bezug auf die Kritik an Projektproliferationen im Bereich von Entwicklungszusammenarbeit (ebd.: 48) positiv zu bewerten, allerdings muss auch abgewogen werden, ob eine Thematik, wie die Tabakkontrolle dabei nicht auch „untergehen“ kann.

Einmal wurde als Barriere für die Umsetzung oder Unterstützung von Tabakkontrolle genannt, dass *Tabakkontrolle zu sehr in die Selbstbestimmung der Partner eingreife*. Dies kann man in die bereits ausgeführte Erwägung zu einer bevormundenden Haltung in der Entwicklungszusammenarbeit und damit auch in einer womöglich in die Entwicklungszusammenarbeit integrierten Tabakkontrolle einordnen. Zum einen will man heutzutage dem Grundsatz nach mit den LMIC partnerschaftlich und gleichberechtigt zusammenarbeiten (ebd.: 43), zum anderen steht gerade die Tabakkontrolle oftmals im Verdacht, per se bevormundend und übergriffig zu sein (vgl. Saravia 2019). Hier besteht also ein doppeltes Risiko von ungewollter Vereinnahmung: einmal kann Entwicklungszusammenarbeit an sich als „dominant“ und „direktiv“ gegenüber den PartnerInnen und Zielgruppen in LMIC empfunden werden. Zum zweiten liegt auch im Charakter von Ta-

²³² Vgl. Angaben zu den Abschlussfragen (293) „Interventionen stark davon abhängig was der Auftraggeber [...] unterstützt und was Partnerregierungen möchten“ (Antwort auf die Frage 17)

bakkontrolle ein Risiko von Fremdbestimmung und Übergriffigkeit, wenn davon ausgegangen wird, dass Rauchen eine freie Entscheidung des persönlichen Lebensstils ist. Dem gegenüber tritt aber das Ausmaß und die Ernsthaftigkeit des Problems des Tabakgebrauchs (vgl. WHO 2019; WHO 2020d). In (global) Public Health müssen demnach immer wieder Kompromisse zwischen individuellen und kollektiven Interessen gefunden werden, die auch so weit gehen können, Individuen vor ihrem eigenen Verhalten zu schützen und soziale Auswirkungen von individuellem Verhalten mitzudenken (vgl. Bayer 2007).

Dass *Tabakkontrolle nicht zum Selbstverständnis der betreffenden Organisation passe*, wird einmal als Grund gegen die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle genannt. Hier kann man vermuten, dass die antwortende Organisation möglicherweise eine sehr spezialisierte Organisation ist, die andere Themen als Tabakkontrolle verfolgt. Die Komplexität der Tabakkontrolle und die daraus resultierenden vielen und unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten, abgeleitet aus der FCTC, können wahrscheinlich verwirrend und überfordernd wirken. Wie bereits beschrieben, sollte man die Bedeutung des Themas aber auch nicht unterschätzen und von daher dessen Berücksichtigung in der Entwicklungszusammenarbeit grundsätzlich weiter einfordern (Kahnert et al. 2011: 36 und 38/Artikel 22 (1) und Artikel 26 (3), (4), (5) a).

Bei den *weiteren Gründen* wird einmal auch auf eine andere inhaltliche Schwerpunktsetzung verwiesen („Tabak ist inhaltlich entfernt“). Allerdings müsste man sich hier fragen, ob Tabak als Querschnittsthema mitbehandelt werden könnte. In Bezug auf die Mitarbeitenden wird zum zweiten eine Zielerreichung genannt („fast ausschließlich Nichtraucher“). Allerdings wird dabei auf die Zielgruppe der Bevölkerung in den Zielländern gar nicht eingegangen. Zum dritten wird ein organisatorischer Grund genannt („keine Projekte der direkten EZ“). Hier müsste man die Frage stellen, ob Tabakkontrolle bereits in die Konzeption der Projekte oder in andere vorgelagerte Prozesse eingeschlossen werden könnte oder müsste.

Stärken und Schwächen der Methode

Die Stärke der hier durchgeführten Befragung liegt darin, dass nach dem Kenntnisstand der Autorin erstmals eine große Umfrage darüber durchgeführt wurde, was deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich von Tabakkontrolle überhaupt machen und wie sie zu diesem Bereich grundsätzlich eingestellt sind. Durch das mehrstufige Prätest-Verfahren und unter Einbindung von Abteilungsmitarbeitenden aus dem Bereich Public Health/Gesundheitswissenschaften und zwei abteilungsexternen VertreterInnen der Entwicklungszusammenarbeit wurde der Fragebogen inhaltlich und in

Bezug auf Form und Ablauf überprüft und optimiert. Über die Nutzung des Verteilers der AG Gesundheit des VENRO dürften viele, wenn nicht alle deutschen NRO, die im Gesundheitsbereich aktiv sind, erreicht worden sein. Durch die VENRO-interne Versendung des Anschreibens konnte erwartet werden, dass mehr Organisationen antworten, als bei einer Adressierung von außen, da der VENRO somit seine eigenen Mitglieder angesprochen hat. Durch die Verwendung der BMZ-Liste wurde daneben sichergestellt, dass darüber hinaus auch RO eingeschlossen wurden. Dabei war die Anonymität der Befragten in jedem Schritt gesichert und eine Nennung von Organisationsnamen in der Auswertung fand nur statt, wenn dazu eine schriftliche Einwilligung auf Anfrage (per E-Mail) vorlag (World Vision, KfW). Durch die Nutzung des Programms EFS Survey und die Mitarbeit einer studentischen Hilfskraft war der reibungslose Ablauf der Befragung, inklusive der Auswertung gesichert.

Die niedrige Ausschöpfungsquote der Befragung ist zwar sehr bedauerlich, aber es ist aus Autorinnensicht unklar, was in der Planung und im Ablauf hätte besser gemacht werden können. Im Laufe der Befragung ist deutlich geworden, dass Projekte dieser Art einzigartig sind und es immer darum geht, einen Kompromiss zwischen Anspruch und Realität zu finden (Kirchhoff et al., 2006, S. 113 – 114). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Befragung gut durchdacht war, ausschöpfend getestet wurde und dass der Ablauf durch die Zusammenarbeit zwischen Promotionsbetreuer und Autorin zügig und reibungslos vonstattenging. Das wird dadurch unterstrichen, dass bei den Abschlussbemerkungen (Frage 17) keine Kritik am Fragebogen geübt wurde.

Niedrige Ausschöpfungsquote

Für die sehr niedrige Ausschöpfungsquote mit 17 beendeten Fragebögen von etwa 119 angeschriebenen Organisationen kommen unterschiedliche Gründe in Betracht. Möglich ist z. B., dass an dem Thema der Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit eher wenig Interesse besteht und somit Tabakkontrolle bis dato kein gängiges Thema darin ist.

Ein Antwortender äußert sich dahingehend, dass für das Beantworten der Fragen mehr Informationen zu dem Thema erforderlich gewesen wären. Das deutet auf eine Informationslücke beim Tabakgebrauch und bei dessen Folgen auf die Mortalität und Morbidität in LMIC sowie bei sozialen, ökonomischen und ökologischen Zusammenhängen von Tabakgebrauch, Tabakanbau und Tabakproduktion bzw. –vermarktung in LMIC hin.

Angesichts der gesundheitlichen Gefährdungslage durch den weltweiten Tabakgebrauch (vgl. WHO 2019) ist die Frage zu stellen, wie das geringe Interesse und der mögliche Mangel an Wissen zu erklären sind. Aus Autorinnensicht ist es denkbar, dass die Ge-

fährdung durch den Tabakgebrauch von anderen gesundheitlichen Problemen überlagert wird, die im Rahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit als dringender wahrgenommen werden.

Zum anderen ist zu bedenken, dass zehn Mal angegeben wurde, die entsprechende Organisation sei nicht im Gesundheitsbereich tätig. Dies wird als Begründung dafür ausgewählt, dass eine Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle nicht stattfindet. Dieses Ergebnis ist überraschend, da angenommen wurde, dass über den Verteiler der AG Gesundheit des VENRO sowie über die BMZ-Liste eine hohe Anzahl von Organisationen mit Aktivitäten im Gesundheitsbereich angesprochen wurde. Zudem wurde angenommen, dass gerade Organisationen mit Aktivitäten im Gesundheitsbereich Interesse an dem Thema der Befragung hätten und daran teilnehmen würden. Es bleibt an dieser Stelle offen, welche Organisationen angaben, nicht im Gesundheitsbereich tätig zu sein. Möglicherweise wurde dieses Argument auch von Organisationen ausgewählt, die nicht schwerpunktmäßig oder ausschließlich im Gesundheitsbereich tätig sind, die aber dennoch Projekte mit gesundheitlichen Themen durchführen.

Zudem weist Tabakkontrolle Schnittstellen zu anderen Entwicklungsbereichen auf, wie z. B. Bildung oder Landwirtschaft. Das spricht dafür, dass auch Organisationen, die keine Gesundheitsprojekte im engeren Sinne durchführen, Tabakkontrollinterventionen umsetzen können. In der Sichtweise des VENRO (2012: 4) sollte man „Gesundheit als zentrale Voraussetzung sozialer und wirtschaftlicher Entwicklung [zu] begreifen und sie ihrer Bedeutung angemessen in entwicklungspolitischen Konzepten und entwicklungspolitischem Handeln [zu] berücksichtigen“. Das würde nahelegen, dass gesundheitliche Themen in der Entwicklungszusammenarbeit mehr Beachtung finden sollten und dass Gesundheit dabei als Querschnittsaufgabe betrachtet werden kann²³³.

Ein weiterer möglicher Grund für die niedrige Ausschöpfungsquote ist, dass den Adressaten wenig Zeit zur Verfügung stand. Allerdings spricht hier dagegen, dass die Ankündigung mit einer Bearbeitungszeit von 10 – 15 min nicht übermäßig lang ist. Zudem wurde dies mit einem Median von 4 min 27 sek²³⁴ in der Realität noch unterschritten.

Die zum Teil unterschiedlichen Bearbeitungszeiten könnte man auf die Filterführung zurückführen. Personen, die durch die Filterführung die Beantwortung der Fragen 12 und 15 umgingen, hatten nur wenige und kurze Fragen zu beantworten.

Mit der teilstandardisierten Online-Befragung sind neben den Vorteilen auch einige Risi-

²³³ Vgl. „Health in all Politics/HiaP“/Barrieren gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle (314)

²³⁴ Vgl. Mittlere Bearbeitungszeit (280)

ken verbunden. Die RezipientInnen haben wenige Möglichkeiten zu individuellen, spontanen und irrationalen Äußerungen (Scholl 2018: 46). Es wird beschrieben, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen besondere Kommunikationsbedürfnisse haben und sog. „Eliten“ eher individualistisch veranlagt sind (ebd.: 237). Da in der hier vorliegenden Befragung Führungskräfte mit Entscheidungskompetenz adressiert wurden, könnte dieses Kriterium als Ablehnungs- oder Abbruchgrund in Frage kommen. Andererseits kann man aber auch erwarten, dass die AdressatenInnen der Befragung mit dem Instrument (Online-) Befragung vertraut sind und ihnen der Umgang damit geläufig ist.

Auch der Fragebogen selber kann zu der niedrigen Ausschöpfungsquote beigetragen haben. Z. B. können hier Aspekte der Formulierung, der Gestaltung oder der Fragebogenlänge ausschlaggebend gewesen sein. Allerdings wurde der Fragebogen zuvor in einem mehrstufigen Prätest-Verfahren geprüft und im Hinblick auf die genannten Aspekte optimiert. Somit wurden alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um den Fragebogen den Bedürfnissen der RezipientInnen entsprechend zu gestalten.

Aufgrund der niedrigen Ausschöpfungsquote sind die Ergebnisse der Befragung mit Vorsicht zu betrachten und nicht repräsentativ bzw. generalisierbar. Dazu kommt, dass die angeschriebenen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit sehr unterschiedlich sind. D. h., dass sie z. B. mit unterschiedlichen Zielen gegründet wurden und demzufolge unterschiedliche Aufgaben in unterschiedlichen Bereichen wahrnehmen und unterschiedlich strukturiert sind. Somit sind Aussagen über „die deutsche Entwicklungszusammenarbeit“ unter dem Vorbehalt der Heterogenität der Organisationen zu verstehen. Dennoch geben die Ergebnisse Hinweise zur Beantwortung der Forschungsfrage und weisen auf eine mögliche Tendenz hin. Unter den Organisationen, die den Fragebogen beendet haben zeigen einige, wie z. B. World Vision und die KfW beispielhaft Interesse am Thema der Tabakkontrolle und dass es in die deutsche Entwicklungszusammenarbeit einbezogen werden kann.

Objektivität, Reliabilität, Validität

Die *Objektivität* (Anwenderunabhängigkeit) der hier durchgeführten Befragung kann als relativ hoch eingeschätzt werden, da der Fragebogen online verschickt wurde und somit keine Schwankungen in Bezug auf einen Interviewer vorliegen können (Durchführungsobjektivität: Bortz und Döring 2006: 195). Die Auswertungsobjektivität ist insofern hoch, als dass die Auswertung über dazu zur Verfügung stehende Funktionen im Programm EFS Survey erstellt wurde. Der Fragebogen selber wurde im Hinblick auf seine Auswertbarkeit konzipiert. Die Interpretationsobjektivität ist hier insofern gewährleistet, als dass sich die Erwägungen über mögliche Hintergründe und Zusammenhänge der Ergebnisse

aus dem Forschungsgegenstand ergeben und literaturbasiert sind (ebd.).

Die *Realibilität* meint die Zuverlässigkeit oder Reproduzierbarkeit des Instruments. Bei wiederholten Messungen bei denselben Personen müsste das Instrument zu denselben Ergebnissen führen, wenn sich der „wahre“ Wert nicht verändert hat (Scholl 2018: 24 – 25; Bortz und Döring 2006: 196). Die Reliabilität ist hier insofern gefährdet, als dass bei einigen zentralen Fragen (Fragen 5, 6, 7, 9, 12, 15) sehr differenzierte Skalen gewählt wurden (Scholl 2018: 25). Zudem ist die Frage, ob bei den Einschätzungs- und Projektivfragen mit einer gewissen Schwankung zu rechnen wäre. Allerdings könnte dies auch in den Bereich einer „wahren“ Varianz (Bortz und Döring 2006: 196) fallen.

Zur Beurteilung der *Validität* des Fragebogens muss man sich die Frage stellen, ob das gemessen wurde, was gemessen werden sollte (Scholl 2018: 25). Es wurde angestrebt, die Wahrnehmung ihrer Rolle von Organisationen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in der Tabakkontrolle zu erfassen. Dazu wurden zunächst Organisationsmerkmale erfasst, um anschließend Schlüsse über den Zusammenhang zwischen Merkmalen und Antworten zur Tabakkontrolle ziehen zu können. Dann folgten Fragen zur Einschätzung der Bedeutung von Tabakkontrolle, zur aktuellen und zukünftigen Durchführung von Tabakkontrolle, zur Vorstellbarkeit der individuen- und bevölkerungsbezogenen Maßnahmen, zu Barrieren gegen die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle und Abschlussfragen (zusätzliche Maßnahmen, Anmerkungen, Zusendung des Ergebnisberichts, Kontaktierung bei Rückfragen). Das Ziel des Fragebogens war es, sich einen Überblick über verschiedene Aspekte der Tabakkontrolle aus dem Blickwinkel von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit zu verschaffen, da der Autorin keine vorausgehenden Studien zu diesem Thema bekannt sind. Da vermutet wurde, dass Tabakkontrolle kein gängiges Thema in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit ist und durch die Ergebnisse des mehrstufigen Prätest-Verfahrens, wurde der Fragebogen kurz und übersichtlich gehalten, um eine Überfrachtung zu vermeiden und um die Ausschöpfungsquote zu erhöhen. Das bedeutet, dass die einzelnen Fragebogen-Items (Einschätzung der Bedeutung von Tabakkontrolle, Durchführung von Tabakkontrolle, Barrieren gegen die Durchführung/Unterstützung von Tabakkontrolle, Vorstellbarkeit der Maßnahmen der Tabakkontrolle) so knapp wie möglich gestaltet wurden. Die Fragen wurden direkt gestellt und z. B. nicht durch eine Auswahl verschiedener zu bewertender Aussagen im Einzelnen genau eruiert und „durchleuchtet“. Dies war aber auch nicht das Ziel der Befragung. Vielmehr ging es um eine verständlich und sachlich präsentierte, umfassende Themenabdeckung. Die Schlüsse, die aus den Antworten gezogen werden können, sind für den Zweck der Befragung als aus-

reichend zu betrachten. Unter diesem Gesichtspunkt kann der Fragebogen als valide bezeichnet werden.

Somit kann das Instrument hier als angemessen dafür betrachtet werden, einen ersten Eindruck von der Wahrnehmung ihrer Rolle von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in der Tabakkontrolle zu gewinnen. Insbesondere die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind durch die Fragebogenform als Online-Befragung und die damit verbundenen Auswertungsmöglichkeiten im Programm EFS Survey als gegeben zu betrachten. Zur Bestimmung der Reliabilität müsste das Instrument in einem breiteren Umfang getestet werden (Bortz und Döring 2006: 197), was unter den hier gegebenen Umständen nicht möglich war. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Fragebogen einen guten Überblick darüber gibt, welche Haltung deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit zur Tabakkontrolle haben und damit das hier verfolgte Ziel erreicht wurde und der Fragebogen valide ist. Die Ergebnisse liefern Anhaltspunkte zur Beantwortung der Forschungsfrage, auch wenn sie aufgrund der niedrigen Ausschöpfungsquote nicht repräsentativ sind.

Teilstandardisierte Online-Befragung

Bei einer teilstandardisierten Online-Befragung besteht das Risiko, dass die Situation als künstlich empfunden wird und dies zu schlechten Antworten führt (Scholl 2018: 78). Nachfragen zur Verständlichkeit sind hier nicht möglich und die Situation ist nicht kontrollierbar. In der Auswertung wird z. B. nicht klar, wer den Fragebogen wirklich ausgefüllt hat, ob Instruktionen zur Beantwortung gegeben wurden oder ob auf fremdes Wissen zurückgegriffen wurde (ebd.: 46). Die hohe Anonymitätserfahrung der Online-Befragung, die zum einen von den Rezipienten positiv aufgefasst werden kann, kann gleichzeitig zu einer geringen Verbindlichkeit und zu überzogener Selbstdarstellung führen, was eine Verzerrung der Ergebnisse bewirkt (ebd.: 58). Es ist möglich, dass aufgrund der genannten und möglicherweise weiteren Aspekte (wie z. B. einer generell technologie- und medienkritischen Haltung), die gegen die Online-Befragung sprechen, die Abbruchquote hier hoch und die Ausschöpfungsquote niedrig ist.

Demgegenüber stehen aber die Vorteile der teilstandardisierten Online-Befragung, zu denen auch die Anonymität zählt und z. B., dass Zeitpunkt und Tempo der Fragenbeantwortung selbst gewählt werden können²³⁵. Es muss zudem betont werden, dass das Instrument bewusst ausgewählt und davon ausgegangen wurde, dass den Rezipienten wissenschaftliche Fragebögen und Umfragen geläufig sind und ihnen der Sinn, dadurch theoretische Konzepte und Zusammenhänge zu überprüfen (Porst 2014: 16) überwie-

²³⁵ Vgl. Methode/„Vorteile von schriftlichen und Online-Befragungen“ (266)

gend klar ist. Wie bereits beschrieben, ist es das Ziel bei (teil-) standardisierten Befragungen, valide und reliable Daten zu erhalten (Scholl 2018: 78). Im Gegensatz zu einem qualitativen Verfahren, bei dem es um die tiefere Ergründung von subjektiven Erfahrungswelten, innerer Verfasstheit und von Konstruktionsprinzipien geht, die soziale Wirklichkeit also von Grund auf und detailliert in einer offenen Herangehensweise erforscht wird (Flick et al. 2012: 13 – 29), geht es in der vorliegenden Befragung eher um eine sach- und themenbezogene Eruiierung eines im Vorhinein bereits relativ konkreten und klar umrissenen Themenfeldes. Durch die Vielfalt der möglichen Tabakkontrollinterventionen, die sich aus der FCTC ergeben, war die Ausgestaltung des Konzepts der Tabakkontrolle bereits weitgehend festgelegt. Dabei stand die Abdeckung einer Breite an Themen (Bedeutung, Durchführung, Vorstellbarkeit und Barrieren von Tabakkontrolle) im Gegensatz zur Ergründung eines Aspekts oder einer spezifischen Teilfrage und dessen tieferer Bedeutung im Vordergrund. Vielmehr wurde aus den Antworten zu verschiedenen Bereichen der Tabakkontrolle erwartet, Informationen dazu ableiten zu können, wie deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit ihre Rolle in der Tabakkontrolle insgesamt wahrnehmen. Es wurde sich also dem Forschungsgegenstand aus verschiedenen Richtungen genähert, um sich so ein möglichst umfassendes Bild machen zu können. Es muss auch bedacht werden, dass die Befragungsteilnehmenden hier Organisationen bzw. Vertreter von Organisationen sind, die gewissermaßen aggregierte Aussagen zu einem aus vielen subjektiven Haltungen und Meinungen bestehenden Gebilde, der Organisation, treffen. In diesem Sinne wurde eher eine Komplexitätsreduzierung verfolgt, also aus einem sozialen Gefüge unterschiedlicher Subjekte verwertbare Aussagen zu erhalten, die auf wahre Sachverhalte und Zusammenhänge hinweisen, während bei qualitativen Verfahren oftmals eher andersherum aus der vertieften Ergründung eines oder weniger Subjekts/e und seiner/ihrer Erfahrungswelt ein komplexes Geflecht an Zusammenhängen über eine soziale Wirklichkeit entwickelt wird (ebd.). Es ging hier somit nicht so sehr um das subjektive Empfinden und Erleben, sondern eher um Tatsachen, Einschätzungen zu Tatsachen, um Handlungen und Handlungsabsichten. Die damit verbundenen Antwortmöglichkeiten und Optionen waren im Vorhinein gut abschätzbar und wurden als so differenziert und erschöpfend wahrgenommen, dass daraus ausreichend detaillierte Schlussfolgerungen möglich sein würden. Aus diesem Grund erschien die (teil-) standardisierte Online-Befragung für den Zweck des Forschungsanliegens geeignet. Mit den offenen Fragen lässt der Fragebogen zudem auch Raum für darüberhinausgehende Antworten, Ansichten und Äußerungen.

Weiterhin wird diskutiert, ob in Online-Studien ein höheres oder niedrigeres Risiko für ein sozial erwünschtes und damit verzerrtes Antwortverhalten, als in einer stärker kontrollier-

ten Situation besteht (Hahn und Jerusalem 2003: 180 – 181). Soziale Erwünschtheit tritt auf, wenn Befragte ihre Antworten in Abhängigkeit von Normen und Erwartungen daran anpassen, was sie in der Befragungssituation für sozial erwünscht erachten und dadurch soziale Anerkennung erwarten oder negative Sanktionen vermeiden wollen (Hlawatsch und Krickl 2019: 358). Es wird davon ausgegangen, dass soziale Erwünschtheit in Online-Studien aufgrund der Anonymität der Situation gering ist, dass sie aber nicht ganz ausgeschlossen werden kann (Hahn und Jerusalem 2003: 180 – 181).

Besonders bei den Einschätzungsfragen zur Bedeutung von Tabakkontrolle und bei den Projektivfragen zur Vorstellbarkeit von Maßnahmen in der Zukunft und zur Vorstellbarkeit der individuen- und bevölkerungsbezogenen Tabakkontrollinterventionen ist eine Verzerrung durch soziale Erwünschtheit möglich. Das würde bedeuten, dass die Befragten dazu neigen, die Tabakkontrolle positiv einzuschätzen, auch wenn sie eigentlich eine andere Überzeugung haben. Wenn das der Fall sein sollte, würde die Bedeutung der Tabakkontrolle in der Realität niedriger eingeschätzt werden, als es hier angegeben wird. Die sechs Organisationen, die angaben, sich die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle (auch) in der Zukunft vorstellen können, würden das in Wahrheit womöglich nicht so sehen und die diversen Tabakkontrollinterventionen würden insgesamt als weniger vorstellbar bewertet werden. Dagegen einzuwenden ist, dass in den vorliegenden Antworten bereits überwiegend negative Einschätzungen zur Bedeutung von Tabakkontrolle (eher niedrig – sehr niedrig) gegeben wurden, dass nur sechs von 17 Organisationen angaben, sich die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle (auch) für die Zukunft vorstellen zu können und dass in der Gruppe B der überwiegende Anteil der Interventionen dem Bereich „nicht vorstellbar“²³⁶ zugeordnet wurde.

Fragebogengestaltung

Es wurde angestrebt, den Fragebogen so zu gestalten, dass sich die Rezipienten angesprochen und angeregt fühlten, die Fragen zu beantworten. Das Thema sollte Interesse wecken und das Forschungsanliegen klar und transparent erklärt werden. Die Fragen sollten verständlich sein und die jeweilige Thematik „auf den Punkt“ bringen. Durch den Fragebogenaufbau sollten die Teilnehmenden klar strukturiert von den einleitenden, über die zentralen und inhaltlich hoch relevanten bis zu den mehr organisatorischen Abschlussfragen geleitet werden.

Dass von ca. 119 angeschriebenen Organisationen nur 36 (30%) den Link zur Befragung angeklickt haben, kann organisatorisch-individuelle Gründe (Zeitkontingent, generelles Interesse an Befragungen teilzunehmen, Medien-/Technik-Aversion oder Aversion gegen

²³⁶ Enthält 3 = eher nicht vorstellbar

Online-Befragungen²³⁷) haben, kann aber auch mit dem Anschreiben (E-Mail-Text) oder mit der Form des Anschreibens zu tun haben. In dem Text wurde darauf geachtet, alle erforderlichen Informationen zu teilen, diese aber so knapp wie möglich zu präsentieren, um eine Überfrachtung zu vermeiden. Besonderes Augenmerk lag auf der Zusicherung der Anonymität und auf der Datensicherheit.

Es wurde eine normale Textform gewählt und auf besondere mediale Gestaltungsmöglichkeiten verzichtet. Das Anliegen war es hier, einen seriösen Eindruck zu erwecken und auf Einfach- und Klarheit zu setzen.

Die Fragen nach der Einschätzung zu den Interventionen aus dem Evidenzteil der vorliegenden Arbeit (Fragen 12 und 15) können als überfordernd, überladend oder überfrachtend wahrgenommen worden sein. Dieser Aufwand wurde den Rezipienten hier aber bewusst zugemutet, da es ein zentrales Anliegen der Arbeit ist, die in der Evidenzanalyse eruierten Interventionen in Bezug auf die deutsche Entwicklungszusammenarbeit zu „testen“.

Adressierung der Organisationen

Zum einen wurden gesundheitspezifische Organisationen durch den Verteiler der AG Gesundheit des VENRO erreicht. Zum anderen wurde eine Bandbreite an heterogenen Organisationen der allgemeinen deutschen Entwicklungszusammenarbeit angesprochen. Der Nachteil dabei ist, dass möglicherweise viele Organisationen geantwortet haben, die wenig Bezug zum Bereich „Gesundheit“ haben und die somit mit den Fragen wahrscheinlich nicht viel anfangen konnten. Andererseits kann man Gesundheit auch als Querschnittsthema betrachten²³⁸, zu dem auch sehr spezialisierte und unterschiedliche Organisationen eine Meinung haben sollten. Dies im Rahmen des HiAP-Ansatzes einzufordern und umzusetzen steht aber innerhalb der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sicherlich noch am Anfang. Es ist davon auszugehen, dass sich hier die meisten gesundheitsfernen Organisationen auch für Gesundheit und Tabakkontrolle nicht zuständig sehen. Zudem kann festgestellt werden, dass selbst für gesundheitsbezogene Organisationen das Thema der Tabakkontrolle offensichtlich eher untypisch ist. Andererseits wurden durch die Einbeziehung der BMZ-Liste große und renommierte Organisationen erreicht, wie z. B. die KfW. Zudem kann festgestellt werden, dass die Organisationen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit an sich sehr unterschiedlich und heterogen sind, was dazu führt, dass allgemeine Aussagen erschwert werden.

Die Ansprechpartner zur Versendung des Befragungslinks an die Organisation der

²³⁷ Vgl. Teilstandardisierte Online-Befragung (322)

²³⁸ Vgl. Barrieren gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle (314)/VENRO 2012

BMZ-Liste wurden überwiegend den Internetseiten der Organisationen entnommen. Die Frage ist, ob tatsächlich die jeweils zur Befragung passende Person erreicht wurde. Andererseits wurde davon ausgegangen, dass der Link im Fall, dass dies nicht so war, organisationsintern weitergeleitet wurde.

Unter den ethischen Gesichtspunkten²³⁹ wurde bereits beschrieben, dass es Interessengegenseitigkeiten und Meinungsunterschiede innerhalb von Organisationen geben kann. Somit stellt sich die Frage, ob die Antworten der Befragung die Haltung der jeweiligen Organisation überhaupt korrekt wiedergeben. In einem Fall stellte sich im Nachhinein heraus, dass die antwortende Person den Fragebogen als Privatperson ausgefüllt und nicht die Meinung der Organisationsleitung wiedergegeben hatte. Da die Auswertung zu diesem Zeitpunkt schon abgeschlossen war, kann dies hier jedoch nur erwähnt werden. Derartige innerorganisatorische Konflikte (March und Simon 1976: 112) sind aber auch bei den anderen Befragungsteilnehmenden möglich. Andererseits kann grundsätzlich aber auch von einem gewissen Konsens unter den Mitgliedern einer Organisation ausgegangen werden (ebd.).

Folgende Fehler sind im Rahmen der Kontaktaufnahme zu den Organisationen unterlaufen:

- Bei sechs Organisationen der BMZ-Liste wurde versehentlich mehr als eine Ansprechperson angeschrieben. Per E-Mail wurde dann einige Tage später darum gebeten, dass nur eine Person pro Organisation antwortet²⁴⁰
- Einmal wurde die Anrede versehentlich von der vorherigen Organisation der BMZ-Liste übernommen²⁴¹
- Versehentlich wurden zwei Organisationen der BMZ-Liste angeschrieben, die Mitglieder des VENRO sind (NPH Deutschland, SÜDWIND).

Übertragung der Ergebnisse auf die deutsche Entwicklungszusammenarbeit

An dieser Stelle sollen Überlegungen darüber angestellt werden, was die Ergebnisse der Befragung über den „wahren Wert“, also die tatsächliche Durchführung von und die Einstellung zur Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit aussagen. Zunächst kann festgestellt werden, dass drei von 17 Organisationen angaben, Tabakkontrolle durchzuführen oder zu unterstützen (Frage 8). Das entspricht einem Anteil von 17,5%. Zur Übertragung dieses Ergebnisses auf den wahren Wert in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit können drei Möglichkeiten in Betracht gezogen werden:

²³⁹ Vgl. Ethik und Datenschutz (277)

²⁴⁰ Vgl. Anhang VI

²⁴¹ Vgl. Anhang VI

- A) Die Verteilung entspricht der wahren Verteilung in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit: 17,5% aller deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit sind in der Tabakkontrolle aktiv.
- B) Es ist nicht möglich, eine Aussage zu treffen, denn:
- a. Die Stichprobe ist zu klein: nur 17 von ca. 119 angeschriebenen Organisationen haben geantwortet. Es ist möglich, dass die restlichen Organisationen anders geantwortet hätten.
 - b. Es ist keine Zufallsstichprobe: von allen angeschriebenen Organisationen haben nur die Organisationen geantwortet, die antworten wollten.
 - c. Die Antworten können verzerrt sein: z. B. durch soziale Erwünschtheit, eine abweichende Ansicht eines Organisationsmitarbeiters oder durch Überrepräsentation eines bestimmten Organisationstyps.
- C) Der wahre Wert ist höher oder niedriger:
- a. Höher: Hier wäre die Annahme, dass Organisationen aus dem Gesundheitsbereich eher in der Tabakkontrolle aktiv sind, als diejenigen, die nicht aus dem Gesundheitsbereich sind. Da zehn Mal als Grund gegen die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle angegeben wurde, die Organisation sei nicht im Gesundheitsbereich tätig, kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil von Organisationen, die nicht im Gesundheitsbereich tätig sind, bei den Antwortenden hoch ist. Wenn man davon ausgeht, dass der Anteil von im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in Wahrheit höher liegt, kann man davon ausgehen, dass insgesamt mehr Organisationen in der Tabakkontrolle aktiv sind.
 - b. Niedriger: Hier wäre die Annahme, dass Organisationen, die auf Fragebögen antworten, eher Organisationen sind, die eine thematische Nähe zum Thema des Fragebogens haben, die dem Thema des Fragebogens eine hohe Bedeutung einräumen und die dem Thema gegenüber Engagement und Einsatzbereitschaft zeigen (Bosnjak 2003: 62; Cavusgil und Elvey-Kirk 1998: 1170). Das würde implizieren, dass nur die Organisationen geantwortet haben, die im Bereich von Tabakkontrolle aktiv sind und die ihr gegenüber positiv eingestellt sind. Die große Mehrheit der deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit würde somit in der Tabakkontrolle nicht aktiv sein und dem Thema gegenüber eher ablehnend eingestellt sein.

Aus Autorinnensicht erscheint die letzte Annahme [C) b.] am wahrscheinlichsten. Dem-

zufolge ist davon auszugehen, dass in der gesamten deutschen Entwicklungszusammenarbeit weniger als 17,5% der Organisationen in der Tabakkontrolle aktiv sind und weniger als 14,3% (Ausschöpfungsquote) dem Thema eine (hohe) Bedeutung einräumen. D. h., dass die große Mehrzahl der deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit ihre Rolle in der Tabakkontrolle zum Zeitpunkt der Befragung sehr wahrscheinlich als wenig relevant einstuft.

Schlussfolgerung und Fazit

Das Ziel im vorliegenden Kapitel war es, heraus zu finden, ob deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in der Tabakkontrolle aktiv sind und welche Einstellung sie zu dem Thema haben. Über Fragen zu verschiedenen Themenkomplexen und Aspekten von Tabakkontrolle sollte beantwortet werden, wie die Organisationen ihre Rolle in der Tabakkontrolle wahrnehmen. Dazu wurde unter Anwendung eines mehrstufigen Prätest-Verfahrens ein Fragebogen entwickelt. Die Fragestellung wurde in vier Indikatoren mit jeweils mehreren Variablen operationalisiert. Es wurden Fragen zur „Einschätzung der Bedeutung von Tabakkontrolle“, zur „Durchführung von Tabakkontrolle“, zu „Barrieren“ und zur „Vorstellbarkeit von Maßnahmen der Tabakkontrolle“ gestellt. Daraus ergab sich ein teilstandardisierter Fragebogen mit 20 Fragen, die je nach individueller Antwort und daraus resultierender Filterführung beantwortet werden konnten. In der Konzipierung des Fragebogens wurde darauf geachtet, dass die Anonymität der Antwortenden und die Datensicherheit gewährleistet waren. Um die deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit zu erreichen, wurde Kontakt mit der AG Gesundheit des VENRO aufgenommen, über die etwa 70 NRO adressiert wurden. Daneben wurden 49 Organisationen einer Liste des BMZ adressiert, die eine Bandbreite an unterschiedlichen Organisationen, auch außerhalb des Gesundheitsbereichs und RO, abdeckt. Der Fragebogen war über einen versendeten Link abrufbar.

Eine sehr niedrige Ausschöpfungsquote von 14,3% führt dazu, dass die Ergebnisse leider nicht repräsentativ sind. Nur 17 der ca. 119 adressierten Organisationen beendeten den Fragebogen. Darunter sind jedoch überwiegend große Organisationen mit 101 und mehr Mitarbeitenden, u. a. auch World Vision und die KfW²⁴². Insgesamt sind überwiegend NRO vertreten. Während die Bedeutung von Tabakkontrolle insgesamt als vergleichsweise hoch eingeschätzt wurde, nahm die Einschätzung der Bedeutung der Tabakkontrolle für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit und die eigene Organisation ab. Bei Organisationen, die aktuell Tabakkontrolle durchführten oder unterstützten (z. B. World Vision, KfW) überwogen Projekte mit Jugendlichen und jungen Menschen. Die aus

²⁴² Hier wurde nachträglich die Erlaubnis eingeholt, die Organisationsnamen zu nennen [d. Verf.].

der Evidenzlage eruierten Interventionen wurden von den drei Organisationen, die Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen und sich dies in der Zukunft vorstellen können (Gruppe A) insgesamt gesehen für vorstellbarer gehalten, als von den drei Organisationen, die aktuell zwar keine Tabakkontrollinterventionen durchführen oder unterstützen, sich dies aber in der Zukunft vorstellen können (Gruppe B).

Bei den Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen, wurden insbesondere Interventionen auf der kommunikativen Ebene und ohne körperlichen Einfluss oder Eingriff als vorstellbar bewertet (Information und Selbsthilfe, Beratung; Bildung, Schulung und Training und Anreize). Allerdings herrschte in der Gruppe A eine größere Offenheit gegenüber Interventionen mit einem stärkeren Eingriff (Feedback über Biomarker, NET, Medikamente), als in der Gruppe B. Bei den Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen, stehen Interventionen in zentralen Entwicklungsbereichen, wie Landwirtschaft, Bildung und Gesundheit, aber auch Umweltschutz (Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen, Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte, Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit) an oberster Stelle der Bewertung. Je nach Gruppe wurden aber auch Interventionen, die sich auf das Gesundheitssystem beziehen und „Meta-Interventionen“ positiv bewertet (Patienten- und anbieterbasierte finanzielle Interventionen, Forschung und Forschungskordinierung, Berichterstattung). Auffällig ist, dass die Gruppe A, die insgesamt gesehen mehr Interventionen für vorstellbar hält, Gesetze und Verbote (Rauchverbote) für „nicht vorstellbar“ hält und im Gegensatz dazu die Gruppe B, die insgesamt gesehen weniger Interventionen für vorstellbar hält, Gesetze und Verbote für „gut vorstellbar“ hält. Hier kann man eine Umkehrung des davon abgesehenen Trends erkennen. Als Barriere gegen die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle wurde am häufigsten genannt, dass die entsprechende Organisation nicht im Gesundheitsbereich tätig sei.

Aufgrund der niedrigen Ausschöpfungsquote, der gemittelten Auswertung und der Heterogenität der Organisation in der Stichprobe können Interpretationen darüber, was in der Breite der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in Bezug auf Tabakkontrolle tatsächlich gedacht wird und passiert, nur mit Zurückhaltung angestellt werden. Erwägungen über mögliche Hintergründe und Zusammenhänge der vorliegenden Ergebnisse sind als Erklärungsmöglichkeiten zu verstehen, die in der Realität ganz anders sein mögen. Allerdings wurde angestrebt, diese umfassend und erschöpfend anzustellen und so möglichst alle Optionen zu berücksichtigen.

Da große Organisationen aus dem Bereich der NRO und RO, wie z. B. auch World Vision und die KfW, erreicht wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die Antworten

doch eine gewisse Repräsentativität in Bezug auf VertreterInnen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit besitzen, die das Feld entscheidend mitprägen dürften. Hier treffen aber auch immer wieder gegenteilige Meinungen und Ansätze zwischen NRO und RO aufeinander, die die Beschreibung einer gemeinsamen Haltung erschweren²⁴³. Nach der Theorie des „Thematischen Involvements“ (Bosnjak 2003: 62; Cavusgil und Elvey-Kirk 1998: 1170; Esser 1986: 40²⁴⁴) ist es wahrscheinlich, dass sich die große Mehrheit der deutschen Organisationen für Entwicklungszusammenarbeit für Tabakkontrolle nicht zuständig sieht.

Es ist davon auszugehen, dass der entwickelte Fragebogen ein gutes Instrument dafür darstellt, die Fragestellung zu beantworten. Das Prätest-Verfahren stellte sicher, dass der Fragebogen verständlich, übersichtlich und ansprechend gestaltet war und die Befragten nicht überforderte. Man kann davon ausgehen, dass die AdressatInnen mit dem Instrument der Online-Befragung vertraut waren, auch wenn nicht auszuschließen ist, dass dies aus individuellen Gründen bei einigen abgelehnt wurde. Der entscheidende Ablehnungsgrund ist hier aber wahrscheinlich im mangelnden Interesse am Befragungsthema zu sehen (s. o.: „Thematisches Involvement“). Es ist möglich, dass die Antworten durch soziale Erwünschtheit in Richtung einer Zustimmung zur Tabakkontrolle verzerrt sind. Das könnte bedeuten, dass das wahre Interesse an Tabakkontrolle noch niedriger einzustufen ist. Eine weitere Verzerrungsmöglichkeit sind organisationsinterne Meinungsverschiedenheiten zwischen Antwortenden und Organisationsleitung.

Festzustellen ist, dass Tabakkontrolle in deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit auf wenig Interesse zu stoßen scheint, obwohl die sog. „Tabakepidemie“ laut der WHO (2019) eine der größten Bedrohungen der weltweiten öffentlichen Gesundheit – und dies besonders in LMIC – darstellt und weiterhin dazu ein weltweit im Bereich der öffentlichen Gesundheit einzigartiger und beispielhafter Vertrag existiert. Allerdings gibt es Beispiele von deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit (z. B. World Vision, KfW) die das Thema in ihrer Arbeit berücksichtigen. Die Interventionen, die im Rahmen der zweiten Studie insgesamt am positivsten (im Sinne von „vorstellbar“) bewertet wurden, sind:

- Information und Selbsthilfe
- Beratung
- Bildung, Schulung und Training

²⁴³ Vgl. Das Selbstverständnis von deutscher Entwicklungszusammenarbeit/„Abgrenzung zum Selbstverständnis staatlicher Entwicklungszusammenarbeit“ (94)

²⁴⁴ „[...] das spezielle Interesse an dem jeweiligen Fragethema, [...]“ (Esser, 1986: 40)

- Anreize
- Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen
- Gesetze und Verbote
- Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte
- Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit.

Integrierende Abschlussdiskussion

Hier erfolgt eine abschließende Betrachtung und Zusammenführung der zentralen Aspekte und Erkenntnisse aus den zwei Teilen der Arbeit. Dabei werden Schlussfolgerungen gezogen, die Forschungsfrage beantwortet, Empfehlungen und ein kurzer Ausblick gegeben.

Der Hintergrund der Arbeit war, dass laut wissenschaftlichen Quellen und Initiativen aus der Praxis Tabakkonsum die menschliche Gesundheit beeinträchtigt und zu einem globalen Gesundheitsproblem geworden ist, das sich besonders auf die Region der LMIC (engl. Low and Middle Income Countries, und hier besonders in ärmeren Bevölkerungsschichten) stark ausweitet sowie dass EZ (Entwicklungszusammenarbeit) als ein Instrument bezeichnet werden kann, das dazu dient, die Gesundheit von Menschen im Kontext von weiteren entwicklungspolitisch relevanten Themenbereichen zu fördern. Da das Konzept von Tabakkontrolle eher EZ-untypisch erschien, war es das übergeordnete Ziel der Arbeit herauszufinden, ob es überhaupt eine inhaltlich-konzeptionelle Überschneidung zwischen dem Interventionsbereich der Tabakkontrolle und EZ gibt, die sich dann auch in einer dazu passenden Umsetzung ausdrücken müsste. Dazu wurde die Frage gestellt, ob, und wenn ja, inwiefern Tabakkontrolle eine Aufgabe von EZ ist bzw. sein kann. Dies wurde am Beispiel der deutschen EZ untersucht. Um die Frage beantworten zu können, wurde zunächst geprüft, welche Wirksamkeitsbelege für Tabakkontrolle, definiert durch alle möglichen Tabakkontrollinterventionen, vorhanden sind. Dazu wurde die FCTC als Klassifikationssystem genutzt, dem die untersuchten Tabakkontrollinterventionen zugeordnet werden konnten. Zudem wurde angestrebt, die Ergebnisse für die Region der LMIC in einem übersichtlichen und leicht zu erfassenden System darzustellen. Die erste aufgestellte Unterfragestellung lautete somit, wie die Evidenzlage für die Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen, die sich aus der FCTC ergeben für deren Einsatz in LMIC ist. In einem mehrschrittigen Verfahren wurden mehrere Quellen (Systematic Reviews der Cochrane Collaboration zur Wirksamkeit von diversen Tabakkontrollinterventionen, die Leitlinie der AWMF zum schädlichen und abhängigen Tabakkonsum [2015] und der „Overview of Systematic Reviews on the Health-Related Effects of Government Tobacco Control Policies“ von Hoffman und Tan [2015]) im Hinblick auf individuen- und bevölkerungsbezogene Tabakkontrollinterventionen und deren Wirksamkeit in LMIC analysiert. Dabei wurde ein eigenes Verfahren zur Darstellung der Ergebnisse in Empfehlungsgraden (in Anlehnung die AWMF-Leitlinie) entwickelt und angewendet. Da die Studien aus LMIC in dieser beschriebenen Evidenzbasis stark unterre-

präsentiert waren, gelten die Ergebnisse allgemein und nicht spezifisch für die Region der LMIC.

Es konnte gezeigt werden, dass bei den auf Individuen bezogenen Interventionen Therapeutische Interventionen, Beratung und Bildung, Schulung und Training besonders gut untersucht sind und hohe Wirksamkeitsgrade erzielen, was zu einer positiven Empfehlung führt. Auch Informationsmaterial und Selbsthilfe sind der Datenbasis zufolge gut wirksam, allerdings etwas weniger untersucht. Bei Anreizen und Feedback über Biomarker besteht dagegen eine höhere Unsicherheit in Bezug auf deren Wirksamkeit. Von daher wurden sie hier nur als möglicherweise wirksam eingestuft. Rückfallprävention kann als Überbegriff für verschiedene Interventionsmöglichkeiten verstanden und der hier zugrunde gelegten Evidenzbasis zufolge als wirksam eingestuft werden. Bei den pharmakologischen Interventionen stellte sich heraus, dass besonders die NET sowie die Medikamente Bupropion und Vareniclin gut beforscht wurden und hohe Wirksamkeitsgrade erzielten. Sie sind in Deutschland aber nicht GKV-erstattungsfähig. Von den meisten weiteren Medikamenten, die zur Tabakentwöhnung eingesetzt werden können, wurde insbesondere durch die Leitlinie der AWMF, abgeraten. Alternative Therapien, wie z. B. Akupunktur oder Akupressur, konnten, mit Ausnahme der Hypnotherapie, aus der hier eruierten Datenlage heraus eher nicht empfohlen werden. Besonders in der Leitlinie der AWMF wurde davon abgeraten. Die bevölkerungsweiten Interventionen (Medien, Gesetze und Verbote, Produktbezogene Interventionen, Gesundheitssystembasierte Interventionen, Preisbezogene und steuerliche Interventionen, Interventionen zur Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring) erhielten durch die hier entwickelte und durchgeführte Methodik überwiegend hohe Empfehlungsgrade. Ausgenommen davon sind die Elektronische Zigarette und anbieterbasierte finanzielle Interventionen. Auffallend war, dass viel weniger Ergebnisse zu den bevölkerungsweiten, als zu den auf Individuen bezogenen Interventionen vorlagen. Umgekehrt wiesen die bevölkerungsweiten Studien wesentlich mehr StudienteilnehmerInnen auf als die auf Individuen bezogenen Studien.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung war, dass im Rahmen des hier durchgeführten Verfahrens zu einigen der Tabakkontrollinterventionen der FCTC keine Studienergebnisse identifiziert wurden. Das bezog sich auf Themen der Tabakkontrolle, die sich nicht in einem direkten und offensichtlichen Zusammenhang auf die individuelle und Bevölkerungsgesundheit auswirken, die aber dennoch wesentlich sind und in der Studie berücksichtigt und diskutiert wurden. Das sind:

- Regelungen bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen und Regelungen bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse (Artikel 9 und 10 der FCTC)
- Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen (Artikel 15 der FCTC)
- Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten und Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit (Artikel 17 und 18 der FCTC)
- Forschung, Überwachung und Informationsaustausch und Berichterstattung und Informationsaustausch (Artikel 20 und 21 der FCTC).

Im zweiten Schritt wurde eine Befragung mit deutschen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit durchgeführt. Hier sollten die Wahrnehmung und Haltung zur Tabakkontrolle unter Aufstellung der zweiten Unterfragestellung, wie deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit ihre Rolle in der Tabakkontrolle wahrnehmen, geprüft werden. Dabei ging es u. a. darum, herauszufinden, ob in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit überhaupt Tabakkontrolle durchgeführt oder unterstützt wird. Zudem sollten mögliche Barrieren gegen die Durchführung von Tabakkontrolle identifiziert werden. Wesentlich war es weiterhin, eine Einschätzung zu den Interventionen aus der zuvor erstellten Maßnahmenliste zu erhalten. Um diese Ziele zu erreichen, wurde im November 2019 ein Online-Fragebogen an ca. 119 Organisationen aus dem deutschen RO- und NRO-Bereich versendet. Die genaue Zahl der adressierten Organisationen war nicht bekannt, da neben der Adressierung von Organisationen einer Liste des BMZ der Fragebogen über einen internen Verteiler des VENRO versendet wurde. Bei der Auswertung der Ergebnisse stellte sich heraus, dass lediglich 17 Organisationen den Fragebogen beendet hatten. Mit 14,3% war die Ausschöpfungsquote somit so niedrig, dass die Ergebnisse als nicht repräsentativ betrachtet werden mussten. Allerdings wurden rückblickend die Gestaltung und der Ablauf des Fragebogens als den Möglichkeiten entsprechend und wenig verbesserungsfähig wahrgenommen, so dass vermutet wurde, dass der geringe Rücklauf eher mit einem geringen Interesse an dem Thema der Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zusammenhing. Die 17 teilnehmenden Organisationen waren überwiegend größere Organisationen, Organisationen aus dem NRO-Sektor und Organisationen die zwischen 1950 – 2000 gegründet wurden. Die Bedeutung der Tabakkontrolle für die Menschen in LMIC wurde als vergleichsweise hoch eingeschätzt. Dagegen wurde die Bedeutung der Tabakkontrolle für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit und für die eigene Organisation geringer eingestuft. Drei der teilnehmenden Organisationen (18%) gaben an, Tabakkontrolle durchzuführen oder zu unterstützen und sich dies für die Zukunft vorstellen zu können. Drei weitere gaben

an, zwar aktuell keine Tabakkontrolle durchzuführen oder zu unterstützen, sich dies aber für die Zukunft vorstellen zu können. Insgesamt sechs Organisationen konnten sich somit eine zukünftige Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle vorstellen (35%). Aufbauend auf der Annahme, dass primär Organisationen geantwortet haben, die dem Thema der Tabakkontrolle als Betätigungsfeld für ihre Organisation überhaupt eine inhaltliche Relevanz beimessen, ist der tatsächliche Wert über alle Organisationen hinweg vermutlich deutlich niedriger.

Die aktuell durchgeführten Maßnahmen richteten sich an Jugendliche und Schüler oder waren mitarbeiterbezogene Interventionen. Die zuvor in der Evidenzanalyse eruierten Tabakkontrollinterventionen wurden in Bezug auf ihre Vorstellbarkeit überprüft. Die sechs Organisationen wurden zur Fragenbeantwortung weitergeleitet, die zum einen bereits Tabakkontrolle durchführten oder unterstützten und sich dies auch für die Zukunft vorstellen konnten (Gruppe A; n = 3) und zum anderen diejenigen, die zwar aktuell nicht im Bereich der Tabakkontrolle aktiv waren, sich dies aber für die Zukunft vorstellen konnten (Gruppe B; n = 3). Die drei Organisationen der Gruppe A bewerteten die Maßnahmen in der Tendenz positiver als die Gruppe B. Die gemittelten Werte der Gruppen A und B zusammen ergaben, dass Information und Selbsthilfe die höchste Bewertung erhielt. Darauf folgten Beratung, die Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen und Bildung, Schulung und Training in absteigender Reihenfolge. Danach standen auf der letzten Stufe Anreize, Gesetze und Verbote, Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte und der Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit. Trainingsinterventionen für Apotheker und Massenmediale Kampagnen lagen im oberen Bereich von „eher nicht vorstellbar“. Genau mittig zwischen „vorstellbar“ und „eher nicht vorstellbar“ wurden die therapeutischen Interventionen, die Bekanntgabe zu Inhaltsstoffen und Emissionen und Forschung und Forschungs koordinierung bewertet. Darauf folgten die Rückfallprävention und Berichterstattung auf einer Bewertungsstufe, die Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten; NET, das Unterbinden des unerlaubten Handels mit Tabakprodukten und Patientenzentrierte finanzielle Interventionen auf einer Bewertungsstufe; anbieterbasierte finanzielle Interventionen; Feedback über Biomarker, Medikamente, Preisbezogene und steuerliche Interventionen und das Unterbinden von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring auf einer Bewertungsstufe; die Regulierung der Inhaltsstoffe und Emissionen von Tabakprodukten, Alternative Hilfen und die E-Zigarette. Diese letztgenannten Interventionen lagen in absteigender Reihenfolge zwischen „eher nicht vorstellbar“ bis „überhaupt nicht vorstellbar“. In einer weiteren Darstellungsweise wurden ebenso die gemittelten Bewertungen der Gruppen A und B getrennt

gegenübergestellt, um zu zeigen, wo die Unterschiede lagen und wie sich die beiden Gruppen voneinander absetzten. Zu den Barrieren gegen die Durchführung oder Unterstützung von Tabakkontrolle wurde als häufigster Grund genannt, die jeweilige Organisation sei nicht im Gesundheitsbereich tätig. Danach kamen drei weitere Gründe (keine inhaltliche Nähe zu „Tabak“, Organisationsmitarbeitende sind Nichtraucher, keine Durchführung von direkten Projekten der Entwicklungszusammenarbeit). Zweimal zeigte sich die Perspektive, dass man andere Organisationen als zuständig für Tabakkontrolle einordnete und jeweils einmal wurde die Tabakkontrolle als zu übergriffig in Bezug auf die Partner und als konträr zum eigenen Selbstverständnis gesehen.

Tab. XXIV: Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Studien I und II (Theorie/Evidenz und Praxis/Befragung)

Evidenz („Theorie“)		Befragung („Praxis“)		
Intervention	Bewertung	Intervention	Bewertungsgrad	Bewertung
Therapeutische Interventionen	Eher gut wirksam	Information und Selbsthilfe	4,84	Bereich zwischen „Gut vorstellbar“ und „Vorstellbar“
Beratung		Beratung	4,5	
Bildung, Schulung und Training		Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen	4,25	
Information und Selbsthilfematerial		Bildung, Schulung und Training	4,17	
Rückfallprävention		Anreize	4	
Medien (massenmediale Intervention)		Gesetze und Verbote	4	
Gesetze und Verbote		Schulung und Training für Gesundheitsfachkräfte	4	
Gestaltung der Verpackung		Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit	4	Bereich zwischen „Vorstellbar“ und „Eher nicht vorstellbar“
Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter		Trainingsinterventionen für Apotheker	3,83	
Schulung von Fachkräften der Gesundheitsversorgung		Massenmediale Kampagnen	3,67	
Patientenbasierte finanzielle Interventionen		Therapeutische Interventionen	3,5	
Steuern		Bekanntgabe Inhaltsstoffe und Emissionen	3,5	
Anreize		Forschung und Forschungs koordinierung	3,5	
Feedback über Biomarker	Eher unsicher, ob wirksam	Rückfallprävention	3,34	
Werbeverbote		Berichterstattung	3,34	
		Gestaltung der Verpackung	3,33	

Evidenz („Theorie“)		Befragung („Praxis“)		
Intervention	Bewertung	Intervention	Bewertungsgrad	Bewertung
NET	Umstritten, ob wirksam	NET	3,17	Bereich „Eher nicht vorstellbar“ bis „Überhaupt nicht vorstellbar“
Bupropion		Unterbinden des unerlaubten Handels	3,17	
Vareniclin		Patientenbasierte finanzielle Interventionen	3,17	
Andere Medikamente	Ergebnisse sprechen eher gegen die Wirksamkeit	Anbieterbasierte finanzielle Interventionen	3	
Alternative Hilfen		Feedback über Biomarker	2,84	
Anbieterbasierte finanzielle Interventionen		Medikamente	2,84	
E-Zigarette	Keine Studienergebnisse	Preisbezogene und steuerliche Interventionen	2,84	
Bekanntgabe der Inhaltsstoffe		Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring	2,84	
Regelungen der Inhaltsstoffe		Regelung der Inhaltsstoffe und Emissionen	2,76	
Unerlaubter Handel		Alternative Hilfen	2,67	
Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer Alternativen		E-Zigarette	1,83	
Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit				
Forschung, Überwachung				
Berichterstattung				

Schlussfolgerungen aus der Studie

Aus den Abschlussdiskussionen aus den Kapiteln (Studie I und II), kann man Folgendes feststellen:

Es gibt viele wirksame, auf Individuen und Bevölkerungen bezogene Interventionen im Bereich von Tabakkontrolle. Die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen in LMIC konnte nur indirekt aus den Studien in HIC abgeleitet werden. Es ist aber davon auszugehen, dass auch Individuen und Bevölkerungen in LMIC zumindest von einigen der Interventionen profitieren würden und diese auch in LMIC umsetzbar wären, wobei eine dementsprechende Unterstützung durch Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit wahrscheinlich von Vorteil wäre. Zudem bieten sich in der Entwicklungszusammenarbeit auch Möglichkeiten dazu, in der Zusammenarbeit gemeinsame Konzepte zu erarbeiten, die im besten Fall das Wissen aus Empfänger- und Partnerland beinhalten und somit frei von Bevormundung sind und beide Interessen vereinen. Wie bereits diskutiert²⁴⁵ kann man sich dabei auch auf diejenigen Interventionen fokussieren, die weniger bevormundend wirken könnten. Wichtig ist zudem, auf lokale Besonderheiten zu achten, da die Region der LMIC in sich divers ist. Durch ein solches Vorgehen können die „Lessons Learned“ im Optimalfall beschleunigt werden, so dass Ergebnisse und Lösungen früher vorhanden und sichtbar sind, als wenn man nicht eingreifen würde.

Festzustellen war auch, dass Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zum Zeitpunkt der Befragung (Nov. und Dez. 2019) nur sehr wenig umgesetzt wurde und Beachtung fand, es aber auch nicht völlig ignoriert wurde. Das heißt konkret, dass es einige wenige Organisationen gab, die Tabakkontrolle durchführten oder unterstützten und auch nur wenige Tabakkontrolle für vorstellbar hielten. Allerdings waren darunter zwei Organisationen, die als etabliert und renommiert bezeichnet werden können (jeweils aus dem RO- und dem NRO-Bereich).

Beantwortung der Forschungsfrage

Ob Tabakkontrolle eine Aufgabe für die (deutsche) Entwicklungszusammenarbeit ist oder sein muss, wurde bereits in Teilen diskutiert²⁴⁶. Es gibt eine gute Begründungslage

²⁴⁵ Vgl. Diskussion (Zweite Studie)/Einschätzungen zu den im Evidenzteil beforschten Interventionen (286 ff.); Barrieren gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle/„Tabakkontrolle zu sehr in die Selbstbestimmung der Partner eingreife“ (314); Schlussfolgerung und Fazit (Zweite Studie, 328)

²⁴⁶ Vgl. Diskussion (Zweite Studie)/Einschätzungen zu den im Evidenzteil beforschten Interventionen (279ff.) und Barrieren gegen die Durchführung bzw. Unterstützung von Tabakkontrolle (294) [analog zur vorherigen Fußnote]; vgl. dazu auch: Abwägungen zur Umsetzbarkeit der beforschten Tabakkontrollinterventionen in LMIC (Erste Studie, 223)

dafür, dass dies so sein sollte. Dazu gehören die immensen gesundheitlichen und sozialen Folgen des Tabakkonsums/-gebrauchs in LMIC, die Treiber von Entwicklung, die diesen Trend verstärken (z. B. u. a. auch das Bevölkerungswachstum), der Neuorientierungs- bzw. der Modernisierungsprozess, der von der Entwicklungszusammenarbeit erwartet und gefordert wird und die wesentliche Bedeutung von Gesundheit für Entwicklung. Das bereits existierende Instrumentarium der Tabakkontrolle und deren wissenschaftliche Fundierung sprechen dafür, dass viele Voraussetzungen für die Einbeziehung von Tabakkontrolle in die (deutsche) Entwicklungszusammenarbeit bereits gegeben sind. Auch die in der hier durchgeführten Befragung eruierten Barrieren gegen die Durchführung von Tabakkontrolle in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit können damit „widerlegt“ werden²⁴⁷. Im ersten Schritt müsste aber wahrscheinlich erst das Bewusstsein für die Problemlage in der Breite der (deutschen) Entwicklungszusammenarbeit geschärft werden. Für ein evidenzbasiertes Vorgehen müsste sich dieses, obwohl im Entwicklungsdiskurs bereits gefordert, noch stärker durchsetzen.

In der Realität der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zeigt sich dagegen, dass Tabakkontrolle zum Zeitpunkt der Befragung eher die Ausnahme war, aber möglicherweise Potenzial hat, da zwei renommierte Organisationen Tabakkontrolle durchführten.

Empfehlungen

Folgende Empfehlungen können aus der vorliegenden Studie für verschiedene Bereiche bzw. Zielgruppen abgeleitet werden:

Forschung

- Evidenzbasierung: Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit sollte sich stärker auf Evidenzbasierung ausrichten²⁴⁸, da diese den Vorteil bietet, Interventionen zu begründen und zu legitimieren und die Grundlage für wissenschaftsbasierte und fundierte Entscheidungen schafft. Zudem würde dies dazu beitragen, dass gravierende Probleme, wie der Tabakgebrauch/-konsum weniger übersehen und mehr Beachtung erhalten würden²⁴⁹.
- Empfehlung für auf der vorliegenden Studie aufbauende Forschung:
 - Studiendurchführung gezielt zur Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen in LMIC in Bezug auf gesundheitliche Outcomes: dabei könnten die

²⁴⁷ Vgl. Tabakkontrolle (46 ff.); Erste Studie (101 ff.), besonders: Ergebnistabelle (167)/Zusammenfassung der Ergebnisse (190) sowie Diskussion, Schlussfolgerung und Fazit.

²⁴⁸ Vgl. Kritik, Wirksamkeit und Evidenzbasierung in der Entwicklungszusammenarbeit (85 ff.)

²⁴⁹ Vgl. Weltweite tabakbedingte Morbidität und Mortalität/GBD (31)

hier aufgestellten Überlegungen²⁵⁰ überprüft und validiert werden. Ein besonderer Fokus müsste dabei auf den regionalen und kulturellen Unterschieden (Kontextfaktoren) liegen, die möglicherweise bei der Implementierung berücksichtigt werden müssen.

- Studiendurchführung zu gesundheitlichen Outcomes der Tabakkontrollinterventionen, zu denen hier keine Studienergebnisse identifiziert wurden. Hierbei müsste optimalerweise nochmals die Relevanz der Interventionen für die Entwicklungszusammenarbeit, wie sie sich in dieser Studie gezeigt hat, überprüft werden und dann gegebenenfalls die Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen und der Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit prioritär behandelt werden.
- Aktualisierung der Daten aus der Evidenzanalyse mit besonderem Bezug zu digitalen Tabakkontrollinterventionen, falls es dazu wesentliche neue Erkenntnisse gibt. Möglicherweise sind auch weitere Erkenntnisse zur Tabakkontrolle im Rahmen der COVID-Pandemie oder im Rahmen von Pandemien im Allgemeinen von Bedeutung.
- Validierung bzw. Überprüfung der hier angestellten Überlegungen zum Hintergrund der Bewertung der Tabakkontrollinterventionen durch die Organisationen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Hier würden sich z. B. vertiefende Interviews mit Vertretern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit anbieten. Auch könnte man anstreben, in einer weiteren und der in dieser Studie durchgeführten Befragung ähnlichen, die Ausschöpfungsquote zu erhöhen.
- Von weiterem Interesse wäre im Rahmen der vorliegenden Studie auch die Beantwortung der Frage, welche Vorteile bestehen, wenn man Gesellschaften die Entwicklung von Lösungen von gesundheitlichen Problemen überlässt (z. B. Akzeptanz der Lösung in der Bevölkerung) und welchen Mehrwert es hat, wenn Lösungen von Entwicklungszusammenarbeit vorgegeben oder gemeinsam mit den Partnerländern erarbeitet werden.

Tabakkontrollaktivitäten

- Auf die (deutsche) Entwicklungszusammenarbeit zugehen, Aufklärungsarbeit und Kampagnenarbeit leisten

²⁵⁰ Vgl. Abwägungen zur Umsetzbarkeit der beforschten Tabakkontrollinterventionen in LMIC/Erste Studie (223)

- Bewusstsein für das Problem des Tabakkonsums/-gebrauchs in LMIC in (deutschen) Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit schaffen
- Evidenz als Hintergrund verwenden
- Die hier aufgeführten Ideen für weitere Forschung als Grundlage der Interaktion bzw. Kommunikation mit (deutschen) Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit umsetzen
- Sich mit den Strukturen, Prozessen, Abläufen und Möglichkeiten von (deutscher) Entwicklungszusammenarbeit vertraut machen, um gezielt agieren zu können
- Aktuelle Entwicklungen der Debatte um die (deutsche) Entwicklungszusammenarbeit verfolgen und Modernisierungserfordernisse der Entwicklungszusammenarbeit, inklusive des Arguments, dass damit auch die Übernahme von neuen Aufgaben einhergehen kann, als Anker-Argument nutzen
- Bedeutung von Gesundheit für Entwicklung hervorheben

(Deutsche) Entwicklungszusammenarbeit

- Einbeziehung von Evidenz als Entscheidungsgrundlage stärker nutzen (wenn möglich und noch nicht erfolgt)
- Die Aufgaben von Entwicklungszusammenarbeit in der heutigen Zeit überdenken und dazu Forschung einbeziehen
- Problembewusstsein für Tabakkonsum/-gebrauch und seine gesundheitlichen und sozialen Folgen in LMIC schärfen: Dimension und „Verstrickung“ des Problems erkennen
- Reflexion der eigenen Rolle in der internationalen Tabakkontrolle und in der internationalen Gesundheitsförderung
- Mit Organisationen, die bereits Tabakkontrolle in LMIC fördern, unterstützen oder durchführen zusammenarbeiten und Unterstützungspotenziale und –erfordernisse erkennen
- Gesundheit noch stärker als Voraussetzung und Ergebnis von Entwicklung in alle Projekte einbeziehen
- Orientierung an (deutschen) Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit, die bereits Tabakkontrolle fördern, unterstützen oder durchführen

Partnerländer der (deutschen) Entwicklungszusammenarbeit

- Tabakkontrolle von den Gebern stärker einfordern

- Eigene Forschung zu den Erfordernissen der Tabakkontrolle im spezifischen Kontext durchführen

Ausblick

Am Ende der Arbeit soll die Frage gestellt werden, welche Bedingungen global geschaffen werden müssen, damit Menschen erst gar nicht dazu in die Lage versetzt werden, zu einem selbst- und gesundheitsschädigenden Verhalten, wie dem Tabakgebrauch, greifen zu müssen. Dies beinhaltet über die hier untersuchten Tabakkontrollinterventionen hinausgehend die Frage, welche gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dazu geschaffen werden müssen, die vielleicht auch auf ganz anderen Ebenen, als denen der Tabakkontrolle greifen. Die hier vorliegende Studie macht deutlich, dass das Thema weiter Aufmerksamkeit braucht und in der internationalen Gesundheitsförderung weiter berücksichtigt werden muss.

Referenzen

Abdullah, A. S. M. und Husten, C. G. (2004) Promotion of smoking cessation in developing countries: a framework for urgent public health interventions. *Thorax*, 59, 623 – 630.

Abel, U. und Windeler, J. (1996): 2. Die „Wirksamkeit“ von Behandlungen. In: Abel, U. und Windeler, J. Erkenntnistheoretische Aspekte klinischer Studien. *intern. prax.* 36, 375-390. München, Hans Marseille Verlag GmbH.

Aberle, M., Berthold, T., Küppers, B., Lucas, D., Szambelan, J. (2020) Kompass 2020: Zur Wirklichkeit der deutschen Entwicklungspolitik. Deutsche Welthungerhilfe e. V., Terre des hommes Deutschland e. V. (Online) Verfügbar unter: <https://www.welthungerhilfe.de/fileadmin/pictures/publications/de/studies-analysis/2020-kompass-wirklichkeit-der-deutschen-entwicklungspolitik.pdf> (14.10.2020).

Abshagen, M.-L., Klenk, C., Maier, J., Obenland, W., Schwegmann, C. (2016) Noch lange nicht nachhaltig: Deutschland und die UN-Nachhaltigkeitsagenda. *Forum Menschenrechte, Forum Umwelt und Entwicklung, VENRO.* (Online) Verfügbar unter: https://venro.org/fileadmin/user_upload/Dateien/Daten/Publikationen/Diskussionspapiere/Noch_lange_nicht_nachhaltig.pdf (14.10.2020).

AFOS-Stiftung (2020) Die AFOS-Stiftung. Startseite. (Online) Verfügbar unter: <http://afos-stiftung.de/> (14.10.2020).

Akademischer Senat der Universität Bremen (2003) Ordnung der Universität Bremen für die Bildung einer Ethikkommission und für das Verfahren in der Kommission („Ethik-Verfahrensordnung“) vom 15.10.2003. (Online) Verfügbar unter: <https://www.uni-bremen.de/rechtsstelle/ethikkommission/> (23.12.2019).

Allan, S. (2017) Public Health Law and Public Health Policy. *International Encyclopedia of Public Health*, 2nd edition, Volume 6.

Allen, M. (2012) Overseas development assistance programmes for tobacco control: A framework for effective action. Wellington: Allen. ISBN 978-0-473-22683-1.

Alonso, J. A. und Glennie, J. (2015) What is development cooperation? 2016 Development Cooperation Forum Policy Briefs. ECOSOC: Development Cooperation Forum. (Online) Verfügbar unter: https://www.un.org/en/ecosoc/newfunct/pdf15/2016_dcf_policy_brief_no.1.pdf (02.10.2020).

Altgeld, T. und Kickbusch, I. (2012) Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.): *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*, 3. Auflage. München: Urban & Fischer.

American Lung Association – LUNGUSA – (2019) The Impact of E-Cigarettes on the Lung. (Online) Verfügbar unter: <https://www.lung.org/assets/documents/stop-smoking/impact-of-ecigarettes-on-lung.pdf> (16.07.2019).

Andreas, S., Hering, T., Mühlig, S., Nowak, D., Raupach, T., Worth, H. (2009) Tabakentwöhnung bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung: Eine effektive und sinn-

volle medizinische Intervention. Deutsches Ärzteblatt (106)16: 276 – 82.

Andreas, S., Rittmeyer, A., Hinterthaler, M., Huber, R. M.: Smoking cessation in lung cancer—achievable and effective. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(43): 719–24. D OI: 10.3238/arztebl.2013.0719.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. – AWMF – (09.02.2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“, AWMF-Register Nr. 076-006. Publiziert bei: AWMF online: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. (Online) Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (23.05.2019).

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. – AWMF – (29.01.2015a) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“, Sonderkapitel: 1. Korrespondenz mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Vertretern von Patienten und Angehörigen/2. Korrespondenz mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), AWMF-Register Nr. 076-006. (Online) Verfügbar unter: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/076_D_Ges_fuer_Suchtforschung_und_Suchttherapie/076-006_sk_S3_Tabak_2015-01.pdf (23.05.2019).

Arcury, T. A. und Quandt, S. A. (2006) Health and Social Impacts of Tobacco Production. Journal of Agromedicine, Vol. 11 (3/4), S. 71 – 81.

ARD-aktuell/tagesschau.de (2020) Was ein Lieferkettengesetz bringen soll. Pläne der Bundesregierung. Fragen und Antworten. (Online) Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/lieferkettengesetz-faq-101.html> (20.07.2020).

ARD-aktuell/tagesschau.de (2019) Tabakwerbeverbot soll kommen. Union beendet Blockade. (Online) Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/tabakwerbung-verbot-101.html> (07.02.2020).

Atusingwize, E., Lewis, S., Langley, T. (2015) Economic evaluations of tobacco control mass media campaigns: a systematic review. Tobacco Control, 24: 320 – 327.

Ballard, M. und Montgomery, P. (2017) Risk of bias in overviews of reviews: a scoping review of methodological guidance and four-item checklist. Research Synthesis Methods, 8, 92 – 108.

Batra, A. (2011) Pharmakokinetik des Nikotins. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Batra, A. (2011a) Pharmakologische Aspekte des Nikotins. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Batra, A. (2000) Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung bei psychiatrischen Patienten. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie; 68, S. 80 – 92.

Batra, A. und Lindinger, P. (2012) Tabak. In: Batra, A. und Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.) Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Bayer, R. (2007) The continuing tensions between individual rights and public health: Talking Point on public health versus civil liberties. EMBO reports. EUROPEAN MOLECULAR BIOLOGY ORGANIZATION. Vol. 8, No. 12 (S. 1099 – 1103).

Bayer, R. und Stuber, J. (2006) Tobacco Control, Stigma, and Public Health: Rethinking the Relations. American Journal of Public Health, Vol 96, No. 1, 47 – 50.

Beaglehole, R. und Bonita, R. (2010) What is Global Health? Invited Editorial. Global Health Action, 3: 5142.

Bhatnagar, A., Whitsel, L. P., Blaha, M. J., Huffman, M. D., Krishan – Sarin, S., Maa, J., Rigotti, N., Robertson, R. M., Warner, J. J. (2019) New and Emerging Tobacco Products and the Nicotine Endgame: The Role of Robust Regulation and Comprehensive Tobacco Control and Prevention: A Presidential Advisory From the American Heart Association. AHA Presidential Advisory. Circulation, Volume 139, Issue 19: e937 – e958.

Bill and Melinda Gates Foundation – BMGF – (1999 – 2020) All lives have equal value: we are impatient optimists working to reduce inequity (Online) Verfügbar unter: <https://www.gatesfoundation.org/> (18.03.2020).

Bill and Melinda Gates Foundation – BMGF – (1999 – 2020a) Tobacco Control: Strategy Overview. (Online) Verfügbar unter: <https://www.gatesfoundation.org/what-we-do/global-policy/tobacco-control> (31.01.2020).

Birn, A.-E., Yogan, P., Holtz, T. H. (2009) Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World. New York, Oxford: Oxford University Press.

Blaha, M. J. (2020) 5 Vaping Facts You Need to Know. JOHNS HOPKINS MEDICINE. (Online) Verfügbar unter: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/5-truths-you-need-to-know-about-vaping> (24.07.2020).

Blecher, E. (2008) The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. Journal of Health Economics, 27, 930 – 942.

Bloomberg.org Group (2020) (Online) Verfügbar unter: <https://www.bloomberg.org/> (18.03.2020).

Bohnet, M. (2017) Politische Ökonomie der deutschen Entwicklungszusammenarbeit: Bestimmungsgründe, Akteure und Allokationsmuster. Discussion Paper, No. 20/2017. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik (DIE).

Bohnhardt, M. und Bödeker, W. (2016) Anreize in der Prävention und Gesundheitsförderung – Inwieweit lässt sich Gesundheitsverhalten durch Incentives steuern? Arbeit – Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik. Band 18, Heft 4, Seiten 372–377.

Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdeli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P., Speelman, L., Ndogoni, L., Weissman, R. (2003) Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda: A Randomized Controlled Trial. JAMA, Vol. 289, No. 23, S. 3117 – 3124.

Bortz, J. und Döring, N. (2006) Forschungsmethoden und Evaluation für Human-

und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bosnjak, M. (2003) Teilnahmeverhalten bei Web-Befragungen: Nonresponse und Selbstselektion. In: Theobald, A., Dreyer, M., Starsetzki, T. (Hrsg.): Online-Marktforschung: Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Brot für die Welt (2020) Kirchen als Stütze der Gesellschaft. (Online) Verfügbar unter: <https://www.brot-fuer-die-welt.de/ueber-uns/religion-und-entwicklung/ein-werk-der-kirchen/> (14.10.2020).

Bryant, J. H. und Harrison, P. F. (1996) Global Health in Transition: A Synthesis – Perspectives from International Organizations. Washington, D.C.: National Academy Press.

Bundesministerium für Gesundheit, BMG (2013) Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen: Konzept der Bundesregierung. (Online) Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf (13.10.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2010 – 2020) Organisationen und Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit. (Online) Verfügbar unter: <https://www.bmz.de/de/mitmachen/internetadressen/organisationen.html> (19.03.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2010 – 2020a) Die Rolle des Rechts stärken: ein Ziel deutscher Entwicklungspolitik. Deutsches Engagement. (Online) Verfügbar unter: https://www.bmz.de/de/themen/rechtsstaatlichkeit/deutsches_engagement/index.html (31.01.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2010 – 2020b) Deutsche ODA-Leistungen: Bilaterale Netto-ODA nach Förderbereichen 2014 – 2018. (Online) Verfügbar unter: https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen_fakten/oda/leistungen/bi_netto_oda_forderbereiche_2014_bis_2018/index.html (17.07.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2010 – 2020c) Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Ziele für nachhaltige Entwicklung. (Online) Verfügbar unter: http://www.bmz.de/de/themen/2030_agenda/ (23.09.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2010 – 2020d) Leitfaden „Was ist Official Development Assistance (ODA)?“. Hintergrund. (Online) Verfügbar unter: https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen_fakten/oda/hintergrund/leitfaden/index.html (02.10.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2010 – 2020e) Leistungen von Nichtregierungsorganisationen aus Eigenmitteln an Entwicklungsländern [sic] 2014-2018. ODA-Zahlen. (Online) Verfügbar unter: https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen_fakten/oda/ngo/index.html (02.10.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2010 – 2020f) Haushalt. Zahlen und Fakten. (Online) Verfügbar unter: https://www.bmz.de/de/ministerium/zahlen_fakten/oda/leistungen/bi_netto_oda_forderbe_reiche_2014_bis_2018/index.html (08.10.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2019) Globale Gesundheit – eine Investition in die Zukunft. BMZ-Papier 02, Position. (Online) Verfügbar unter: http://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/strategiepapiere/Strategiepapier46_0_02_2019.pdf (13.10.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2015) Die Rolle von Religion in der deutschen Entwicklungspolitik. (Online) Verfügbar unter: https://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/infobroschueren_flyer/flyer/Flyer_Religionen.pdf (14.10.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (o. J.) Bundeshaushaltsplan 2020: Einzelplan 23. (Online) Verfügbar unter: https://www.bundeshaushalt.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2020/soll/epl23.pdf (08.10.2020).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (o. J.a) Reformkonzept „BMZ 2030“: Umdenken – Umsteuern. (Online) Verfügbar unter: http://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/reihen/infobroschueren_flyer/infobroschueren/sMaterialie510_BMZ2030_Reformkonzept.pdf (09.10.2020).

Bundesregierung, Die (2018) Globale Gesundheitspolitik: Staatssekretärsausschuss für nachhaltige Entwicklung, Beschluss vom 29. Oktober 2018. (Online) Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975274/1543134/406b552b6dd4d98d87e2b4b4364b223f/2018-10-29-beschluss-sts-ausschuss-globale-gesundheitspolitik-data.pdf?download=1> (13.10.2020).

Bundesverwaltungsgericht – BverwG – (2014) E-Zigarette ist kein Arzneimittel oder Medizinprodukt. Pressemitteilung Nr. 68. (Online) Verfügbar unter: <https://www.bverwg.de/pm/2014/68> (16.05.2019).

Bundeszentrale für politische Bildung, bpb (2018) 70 Jahre Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. (Online) Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/282210/menschenrechte> (23.09.2020).

Cabrera, O. A. und Gostin, L. O. (2011) Human Rights and the Framework Convention on Tobacco Control: mutually reinforcing systems. *International Journal of Law in Context*, 7, 3 pp. 285 – 303.

Cahn, Z. und Siegel, M. (2011) Electronic cigarettes as a harm reduction strategy for tobacco control: A step forward or a repeat of past mistakes? *Journal of Public Health Policy*, 32, 16 – 31.

Carim-Todd, L., Mitchell, S. H., Oken, B. S. (2013) Mind-body practices: An alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 399 – 410.

Caritas international (2020) (Online) Verfügbar unter: <https://www.caritas-international.de/> (20.03.2020).

Cavusgil, S. T. und Elvey-Kirk, L. A. (1998) Mail survey response behavior: A conceptualization of motivating factors and an empirical study. *European Journal of Marketing*, 32, 11/12 pp. 1165 – 1192.

Centers for Disease Control and Prevention – CDC – (2019) Youth and tobacco use. CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™. (Online) Verfügbar unter: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm (03.02.2020).

Chang, A. Y. und Barry, M. (2015) The Global Health Implications of e-Cigarettes. *Viewpoint. JAMA*, 314,7: 663 – 664.

Chevron, M.-F., Köpl, R., Payrhuber, A., Reinprecht, C. (2012) Grundlagen sozialwissenschaftlicher Methodologie: Empirische Forschung in den Sozialwissenschaften. Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien. (Online) Verfügbar unter: <https://www.univie.ac.at/sowi-online/esowi/cp/methodologiesowi/methodologiesowi-13.html> (29.11.2018).

Choo, C. W. (1996) The knowing organization: How organizations use information to construct meaning, create knowledge and make decisions. *International Journal of Information Management*, 16, 5: 329 – 340.

Christliche Fachkräfte International (o.J.) Unsere Werte. (Online) Verfügbar unter: <https://www.gottes-liebe-weltweit.de/ueber-uns/unsere-werte> (14.10.2020).

Clark, M., Magati, P., Drope, J., Labonte, R., Lencucha, R. (2020) Understanding Alternatives to Tobacco Production in Kenya: A Qualitative Analysis at the Sub-National Level. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6): 2033.

Collin, J. (2012) Tobacco control, global health policy and development: towards policy coherence in global governance, *Tobacco Control*, 21, 274 – 280.

Cuijpers, P., Eylem, O., Karyotaki, E., Zhou, X., Sijbrandij, M. (2019) 8 - Psychotherapy for depression and anxiety in low- and middle-income countries. In: *Global Mental Health and Psychotherapy: Adapting Psychotherapy for Low- and Middle-Income Countries (Global Mental Health in Practice)*. London, San Diego, Cambridge, Oxford: Academic Press, Elsevier, S. 173-192.

Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG (editors). Chapter 9: Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org. (29.10.2018).

Deeg, J. und Weibler, J. (2008) Die Integration von Individuum und Organisation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

Department of Foreign Affairs/The Republic of Seychelles (2015) Seychelles graduates to High Income Country Status according to World Bank standards. (Online) Verfügbar unter: http://www.mfa.gov.sc/static.php?content_id=18&news_id=1071 (13.11.2018).

Deutsche Apotheker Zeitung (2002) Raucherentwöhnung in Europas Apotheken. DAZ, Nr. 22, S. 65. (Online) Verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2002/daz-22-2002/uid-7785> (31.01.2020).

Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V. – DGH – (o.J.) Was kostet eine Hypnosebehandlung? Was zahlt die Krankenkasse? (Online) Verfügbar unter: <https://dgh-hypnose.de/was-kostet-eine-hypnosebehandlung-was-zahlt-die-krankenkasse> (18.07.2019).

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (o.J.) Universal Health Coverage. Fachexpertise. (Online) Verfügbar unter: <https://www.giz.de/fachexpertise/html/60019.html> (24.07.2020).

Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e. V (o.J.) Initiative Klageverfahren. (Online) Verfügbar unter: <https://www.dgntf.de/projekte-initiativen/initiative-klageverfahren.html> (31.01.2020).

DeutscheMedizinerAuskunft.de (2020) Patienteninformationen: Bildgebende Diagnoseverfahren. (Online) Verfügbar unter: <http://www.deutsche-medizinerAuskunft.de/index.php?id=576> (10.07.2020).

Deutscher Bundestag (o.J.) I Die Grundrechte. Parlament. (Online) Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/parlament/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01-245122 (20.07.2020).

Deutscher Bundestag (2017) Wirksamkeit von bildlichen Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen. Wissenschaftliche Dienste. Dokumentation WD 5 - 3000 - 024/17. (Online) Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/511122/8ae51b807ef2d0ebd58e4f4747c4bee7/wd-5-024-17-pdf-data.pdf> (18.07.2019).

Deutscher Ethikrat (2016) Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus: Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat.

Deutsches Ärzteblatt (2019) Kassen müssen Arzneimittel zur Raucherentwöhnung nicht bezahlen. Deutscher Ärzteverlag GmbH. (Online) Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103447/Kassen-muessen-Arzneimittel-zur-Raucherentwoehnung-nicht-bezahlen> (18.07.2019).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (Hrsg.): E-Zigaretten. Fakten zum Rauchen, Heidelberg, 2018. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2018_E-Zigaretten.pdf (02.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (Hrsg.): Tabakerhitzer. Fakten zum Rauchen, Heidelberg, 2018a. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2018_Tabakerhitzer.pdf (03.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (Hrsg.): Wasserpfeifen. Fakten zum Rauchen, Heidelberg, 2018b. (Online) Verfügbar unter:

https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2018_Wasserpeifen.pdf (03.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (2016) Kalter Tabakrauch. Fakten zum Rauchen, Heidelberg. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2016_Kalter-Tabakrauch.pdf (02.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (Hrsg.): Operationsrisiko Rauchen. Fakten zum Rauchen. Heidelberg, 2011 (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Operationsrisiko_Rauchen.pdf (02.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (Hrsg.): Tabakrauch: ein Giftgemisch. Fakten zum Rauchen. Heidelberg, 2008. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Giftgemisch.pdf (02.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (Hrsg.): Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen. Fakten zum Rauchen. Heidelberg, 2008a. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Gesundheitsschaeden.pdf (02.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (Hrsg.): 10 Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören. Fakten zum Rauchen. Heidelberg, 2008b. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/download/DKFZ_FzR_10_Gruende.pdf (03.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (2006) Rauchlose Tabakprodukte: Jede Form von Tabak ist gesundheitsschädlich. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Rauchlose_Tabakprodukte_Band6.pdf (02.02.2022).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (o.J.) Nikotinersatz und andere Medikamente zur Raucherentwöhnung. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/NRT_Medikation.html (17.07.2019).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (o.J.a) Gesundheitliche Folgen des Rauchens. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Gesundheitliche_Folgen_des_Rauchens.html (03.01.2019).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (o.J.b) Passivrauchen und gesundheitliche Folgen. (Online) Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Passivrauchen_und_gesundheitliche_Folgen.html (08.07.2020).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (o.J.c) E-Zigaretten. (Online) Verfügbar unter: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/E-Zigaretten.html> (09.09.2020).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (o.J.d) Tabakerhitzer. (Online) Verfügbar unter: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Tabakerhitzer.html> (09.09.2020).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (o.J.e) Wasserpfeife. (Online) Verfügbar unter: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Wasserpfeife.html> (09.09.2020).

Deutsche Welle (2019) Demokratieindex: Demokratie weltweit weiter unter Druck. Analyse. (Online) Verfügbar unter: <https://www.dw.com/de/demokratieindex-economist-demokratie-weltweit-weiter-unter-druck-a-47105207/a-47105207> (20.07.2020).

Djulgovic, B. und Guyatt, G. (2019) Evidence vs Consensus in Clinical Practice Guidelines. JAMA Network. American Medical Association. (Online) Verfügbar unter: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2739030> (22.11.2019).

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. BMJ Online First. doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE. (Online) Verfügbar unter: <https://www.bmj.com/content/328/7455/1519> (19.10.2020).

Dooley, S., Haas, S., Breitkopf-Heinlein, K. (2011) Allgemeine Wirkmechanismen von Alkohol und Tabak. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Dreier, M., Kramer, S., Stark, K. (2012) Epidemiologische Methoden zur Gewinnung verlässlicher Daten. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Auflage, München, Urban & Fischer.

Drope, J. und Schluger, N. W. [Hrsg.] (2018) The Tobacco Atlas: Sixth Edition. Atlanta, Georgia (USA): American Cancer Society, Inc.

Effertz, T. (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums: Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel von Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt am Main: Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Epistemonikos (2018) About Epistemonikos Database. (Online) Verfügbar unter: https://www.epistemonikos.org/en/about_us/who_we_are# (31.12.2018).

Epistemonikos (2018a) Epistemonikos database methods. (Online) Verfügbar unter: https://www.epistemonikos.org/en/about_us/methods (31.12.2018).

Esser, H. (1986) Über die Teilnahme an Befragungen. *ZUMA Nachrichten*, 10(18), 38-47. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-210300>

Evans-Polce, R. J., Castaldelli-Maia, J. M., Schomerus, G., Evans-Lacko, S. E. (2015) The Downside of Tobacco Control? Smoking and Self-Stigma: a systematic review. *Social Science and Medicine*, 145: 26 – 34.

FDA – U. S. Food and Drug Administration (2016) FDA revises description of mental health side effects of the stop-smoking medicines Chantix (varenicline) and Zyban (bupropion) to reflect clinical trial findings. (Online) Verfügbar unter: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-revises-description-mental-health-side-effects-stop-smoking> (17.07.2019).

Fehr, E. und Falk, A. (2002) Psychological foundations of incentives. *European*

Economic Review, 46, 687 – 724.

Flick, U., Von Kardorff, E., Steinke, I. (2012) Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U., Von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung: Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Forberger, S., Reisch, L., Kampfmann, T., Zeeb, H. (2019) Nudging to move: a scoping review of the use of choice architecture interventions to promote physical activity in the general population. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16:77.

Forss, K. und Bandstein, S. (2008) Evidence-based Evaluation of Development Cooperation: Possible? Feasible? Desirable? *Institute of Development Studies (IDS) Bulletin*, Volume 38, Number 1.

Framework Convention Alliance, FCA (2018) Parties to the WHO FCTC (ratifications and accessions). (Online) Verfügbar unter: <https://www.fctc.org/parties-ratifications-and-accessions-latest/> (21.09.2020).

Framework Convention Alliance, FCA (2018a) Some of our members. (Online) Verfügbar unter: <https://www.fctc.org/> (25.09.2020).

Frantz, C. und Martens, K. (2006) Nichtregierungsorganisationen (NGOs). Lehrbuch: Elemente der Politik. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Freie Hansestadt Bremen (o.J.) Bremisches Datenschutzgesetz (BremDSG). *Brem.GBl.* 2003, 85, 206-a-1. (Online) Verfügbar unter: https://www.transparenz.bremen.de/vorschrift_detail/bremen2014_tp.c.66021.de (23.12.2019).

Fried, L. P., Bentley, M. E., Buekens, P., Burke, D. S., Frenk, J. J., Klag, M. J. (2010) Global health is public health. *Comment. Lancet*, 375: 535 – 537.

Friedrich-Ebert-Stiftung, FES (o.J.) Zum Selbstverständnis der politischen Stiftungen. (Online) Verfügbar unter: <https://www.fes.de/stiftung/leitbild> (14.10.2020).

Frommer, M. und Rychetnik, L. (2005) From Evidence-Based Medicine to Evidence-Based Public Health. In: Lin, V. und Gibson, B. (Hrsg.) *Evidence-Based Health Policy: Problems and Possibilities*, S. 56 – 69. Oxford University Press.

GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018) Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990 – 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*; 392: 1923 – 94.

Gehlbach, S. H., Williams, W. A., Perry, L. D., Freeman, J. I., Langone, J. J., Peta, L. V., Van Vunakis, H. (1975) Nicotine absorption by workers harvesting green tobacco. *The Lancet*, March 1st, 1975, S. 478 – 480. (Online) Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673675928299?via%3Dihub> (01.08.2019).

Gerhardus, A. (2010): Evidence-based Public Health: Ein Gebiet in Entwicklung. In: Gerhardus, A., Breckenkamp, J., Razum, O., Schmacke, N., Wenzel, H. (Hrsg.): *Evidence-based Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Gerhardus, A. (2010a) Anwendung des EbPH-Modells: Die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV). In: Gerhardus, A., Breckenkamp, J., Razum, O., Schmacke, N., Wenzel, H. (Hrsg.): Evidence-based Public Health. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Geyer, S. (2003) Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung in die empirischen Grundlagen. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Gilmore, A. (2015) Big tobacco targets the young in poor countries – with deadly consequences. Guardian News & Media Limited or its affiliated companies. (Online) Verfügbar unter: <https://www.theguardian.com/global-development/2015/dec/01/big-tobacco-industry-targets-young-people-poor-countries-smoking> (22.07.2020).

Gilmore, A., Fooks, G., Drope, J., Aguinaga Bialous, S., Jackson, R. R. (2015) Exposing and addressing tobacco industry conduct in low-income and middle-income countries. Tobacco-free world 3. Lancet; 385: 1029 – 43.

Gornall, J. (2012) Electronic cigarettes: medical device or consumer product? As the UK considers regulating e-cigarettes as a medicinal product, Jonathan Gornall asks if this is good news for public health. BMJ, 345: e6417. (Online) Verfügbar unter: <https://www.bmj.com/content/bmj/345/bmj.e6417.full.pdf> (16.05.2019).

Gostin, L. (2014) The Framework Convention on Tobacco Control. In: Global Health Law. Cambridge (Massachusetts) und London (England): Harvard University Press.

Graen, L. (2015) Strategien der Tabakindustrie: Werbekampagnen, Klagen, politische Einflussnahme. Berlin: Unfairtobacco.org. (Online) Verfügbar unter: https://www.unfairtobacco.org/wp-content/uploads/2017/05/strategien_2015_web.pdf (07.02.2020).

Graen, L. (2014) Doppelte Last: Tabak im globalen Süden. Berlin: Unfairtobacco.org. (Online) Verfügbar unter: https://www.unfairtobacco.org/wp-content/uploads/2017/05/doppelte-last_web.pdf (17.09.2020).

Gräser, S. (2018) Globale Gesundheit/Global Health. BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. doi:10.17623/BZGA:224-i063-2.0. (Online) Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/globale-gesundheit-global-health/> (11.09.2020).

Greene, J., Thorp Basilico, M., Kim, H., Farmer, P. (2013) Colonial Medicine and Its Legacies. In: Farmer, P., Yong Kim, J., Kleinman, A., Basilico, M. (Hrsg.): Remaining Global Health: An Introduction. London, England: University of California Press, Ltd.

Green S, Higgins JPT, Alderson P, Clarke M, Mulrow CD, Oxman AD. Chapter 1: Introduction. In: Higgins JPT, Green S (editors), Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org. (29.10.2018).

Green S, Higgins JPT (editors). Chapter 2: Preparing a Cochrane review. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*.

tions Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org. (29.10.2018).

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G. E., Liberati, A., Schünemann, H. J. (2008) GRADE: going from evidence to recommendations. *BMJ*, 336, 1049 – 1051.

Hahn, A. und Jerusalem, M. (2003) Reliabilität und Validität in der Online-Forschung. In: Theobald, A., Dreyer, M., Starsetzki, T. (Hrsg.): *Online-Marktforschung: Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hartling, L, Vandermeer, B., Fernandes, RM (2014) Systematic reviews, overviews of reviews and comparative effectiveness reviews: a discussion of approaches to knowledge synthesis. *Evidence-based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 9, 486 – 494.

Hanefeld, J. (2014) Globalisierung und das Recht auf Gesundheit. In: Razum, O., Zeeb, H., Müller, O., Jahn, A. (Hrsg.) *Global Health: Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Haustein, K. – O. (2003) *Tobacco or Health? Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

HealthBridge Foundation of Canada (2020) *Projects: Tobacco Control & NCD Prevention*. (Online) Verfügbar unter: <https://healthbridge.ca/projects/category/tobacco-control-ncd-prevention> (31.01.2020).

HealthBridge Foundation of Canada (2020a) *Tobacco Control & NCD Prevention*. (Online) Verfügbar unter: <https://healthbridge.ca/programs/tobacco-control-ncd-prevention> (25.09.2020).

Heinz, A., Batra, A., Scherbaum, N., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012) *Neurobiologie der Abhängigkeit: Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Helou, A. und Lelgemann, M. (2012) *Medizinische Leitlinien*. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.) *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*, 3. Auflage, München: Urban & Fischer.

Herdegen, M. (2013) *Völkerrecht. Grundrisse des Rechts*. 12. Auflage. München: Verlag C. H. Beck.

Higashi, H., Truong, K. D., Barendregt, J. J., Nguyen, P. K., Vuong, M. L., Nguyen, T. T., Hoang, P. T., Wallace, A. L., Tran, T. V., Le, C. Q., Doran, C. M. (2011) Cost Effectiveness of Tobacco Control Policies in Vietnam: The Case of Population-Level Interventions. *Applied Health Economics and Health Policy*, 9(3): 183 – 196.

Higgins JPT, Green S (editors). Chapter 4: Guide to the contents of a Cochrane protocol and review. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org. (29.10.2018).

Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org. (30.10.2018).

Hiilamo, H. und Glantz, S. A. (2015) Implementation of effective cigarette health warning labels among low and middle income countries: State capacity, path dependency and tobacco industry activity. *Social Science & Medicine*, 124: 241 – 245.

Hlawatsch, A. und Krickl, T. (2019) Einstellungen zu Befragungen. In: Baur, N. und Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Hoch, E. und Kröger, C. B. (2011) Nikotinabhängigkeit. In: Wittchen, H. – U. und Hoyer, J. (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Hoffman, S. J. und Tan, C. (2015) Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC Public Health*, 15:744.

Informationsdienst Wissenschaft – idw – (2020) Neue Studie: „Schnell, bezahlbar, nachhaltig – Wie in Afrika große Entwicklungssprünge möglich werden“. Forschungsergebnisse, Wissenschaftliche Publikationen. (Online) Verfügbar unter: <https://nachrichten.idw-online.de/2020/07/09/neue-studie-schnell-bezahlbar-nachhaltig-wie-in-afrika-grosse-entwicklungsspruenge-moeglich-werden/> (20.07.2020).

Initiative Lieferkettengesetz (2020) Statt Moral Distancing braucht es jetzt einen Gesetzlichen Rahmen. (Online) Verfügbar unter: <https://lieferkettengesetz.de/> (20.07.2020).

(The) Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME (2020) GBD History. University of Washington. (Online) Verfügbar unter: <http://www.healthdata.org/gbd/about/history> (15.09.2020).

(The) Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME (2020a) About GBD. The Global Burden of Disease: a critical resource for informed policymaking. University of Washington. (Online) Verfügbar unter: <http://www.healthdata.org/gbd/about> (15.09.2020).

International Science Council – ISC – (2020) COVID-19: Let's make sure we don't learn the wrong lesson. *News/Current*. (Online) Verfügbar unter: <https://council.science/current/news/covid-19-lets-make-sure-we-dont-learn-the-wrong-lesson/> (21.07.2020).

International Science Council – ISC – (2019) *Advancing Science As A Global Public Good – Action Plan 2019 - 2021*. Paris: International Science Council. (Online) Verfügbar unter: https://council.science/wp-content/uploads/2019/12/Advancing-Science-as-a-Global-Public-Good_ISC-Action-Plan_Mobile-Version.pdf (22.07.2020).

Intersoft consulting (o.J.) *Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)*. (Online) Verfügbar unter: <https://dsgvo-gesetz.de/> (20.03.2020).

Jadad, AR, Cook, DJ, Browman, GP (1997) A guide to interpreting discordant systematic reviews. *Canadian Medical Association Journal*, 156, 1411 – 6.

Jahnel, T., Ferguson, S. G., Partos, T., Brose, L. S. (2020) Socioeconomic differences in the motivation to stop using e-cigarettes and attempts to do so. *Addictive Behavior Reports*, 11, 100247.

Janus, H., Klingebiel, S., Paulo, S. (2015) Beyond Aid: A Conceptual Perspective on the Transformation of Development Cooperation. *Journal of International Development*. 27, 155 – 169.

Jha, P., Chaloupka, F. J., Corrao, M., Jacob, B. (2006) Reducing the burden of smoking world-wide: effectiveness of interventions and their coverage. *Drug and Alcohol Review*, 25, 597 – 609.

Jha, P. und Chaloupka, F. J. (2000) The economics of global tobacco control. *British Medical Journal (BMJ)*, Vol. 321, 358 – 361.

Jha, P. und Chaloupka, F. J. [Hrsg.] (2000a) Tobacco control in developing countries. The Human Development Network, the World Bank & The Economics Advisory Service, World Health Organization. Oxford University Press.

Jha, P. und Chaloupka, F. J. (1999) Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington D. C.: The World Bank.

Joossens, L., Merriman, D., Ross, H., Raw, M. (2010) The impact of eliminating the global illicit cigarette trade on health and revenue. RESEARCH REPORT. *Addiction*, 105: 1640 – 1649.

Jordan-Stanford, R. (2019) Nope, 'environmentally friendly' cigarettes aren't healthy. People perceive cigarettes marketed as being environmentally friendly as less harmful to health and the environment, a new survey shows. FUTURITY. (Online) Verfügbar unter: <https://www.futurity.org/cigarettes-pro-environment-marketing-smoking-2125152-2/> (20.07.2020).

Kahnert, S., Schneider, N. K., Mons, U., Schaller, K., Nair, U., Schunk, S., Pötschke-Langer, M. (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs – WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

Kieser, A. und Ebers, M. [Hrsg.] (2014) Organisationstheorien. 7., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S. (2006) Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Klemperer, D. (2014) Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Klingebiel, S. (2019) Rahmenbedingungen und Eckpunkte von Entwicklungszusammenarbeit in der Zukunft. In: Sangmeister, H. und Wagner, H. (Hrsg.) Die Entwicklungszusammenarbeit der Zukunft. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Klingebiel, S. (2017) Entwicklungsforschung und entwicklungspolitische Kooperationsansätze. Von der Notwendigkeit eines neuen Designs. Zeitschrift für Außen- und Sicherheitspolitik. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Klingebiel, S. (2013) Entwicklungszusammenarbeit – eine Einführung. Studies. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, 73. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.

Klingebiel, S. und Izmestiev, A. (2020) COVID-19: super-accelerator or game-changer for international (development) co-operation? OECD: DEVELOPMENT matters. (Online) Verfügbar unter: <https://oecd-development-matters.org/2020/06/25/covid-19-super-accelerator-or-game-changer-for-international-development-co-operation/> (22.07.2020).

Klingholz, R., Sütterlin, S., Kaps, A., Hinz, C. (2020) Schnell, bezahlbar, nachhaltig: Wie in Afrika große Entwicklungssprünge möglich werden. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. (Online) Verfügbar unter: https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Schnell_bezahlbar_nachhaltig/Leapfrogging_online.pdf (27.07.2020).

Köbberling, J. (2008) Wirksamkeit, Nutzen und Notwendigkeit. IQWiG Herbst-Symposium, Köln. (Online) Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/veranstaltungen/08-11-28_koebberling_wirksamkeit_nutzen_und_notwendigkeit.pdf?rev=117386 (06.02.2022).

Kolenda, K. D. und Kronshagen (2019) Gesundheitsschäden des Tabakrauchens – Tabakzigaretten – Gefährdungspotenzial von E-Inhalationsprodukten – E-Zigaretten – Tabak-erhitzer IQOS – Tabakindustrie. *internistische praxis* 60, 511–525. (Online) Verfügbar unter: https://www.dgntf.de/files/dgntf/images/Kolenda_ip_60-3.pdf (16.05.2019).

Koplan, J. P., Bond, C. T., Merson, M. H., Reddy, S. K., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., Wasserheit, J. N. (2009) Towards a common definition of global health. *Viewpoint. Lancet*, 373: 1993 – 95.

Kolip, P. (2012) Überblick: Warum haben Bevölkerungsgruppen unterschiedlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind unterschiedlich von Krankheitsrisiken und Krankheiten betroffen? In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.) *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*, 3. Auflage, München: Urban & Fischer.

Krollner, B. und Krollner, D. (2019) ICD-10-Gm-2019 Code Suche und OPS-2019 Code Suche: F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. (online) Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F17.2.html> (16.04.2019).

Krüll, M. (2020) Spirometrie: Vom Symptom zum Befund. *SUPPLEMENT: Perspektiven der Pneumologie & Allergologie. Deutsches Ärzteblatt*, 117 (7): [26].

Langer, G., Meerpohl, J. J., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., Schünemann, H. (2012) GRADE-Leitlinien: 1. Einführung – GRADE-Evidenzprofile und Summary-of-Findings-Tabellen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* 106, 357 – 368.

Laucht, M., Blomeyer, D., Buchmann, A. (2011) Alkohol und Tabak in der Adoleszenz. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Leitlinienwatch.de (o.J.) Das Transparenzportal für medizinische Behandlungsleitlinien. (Online) Verfügbar unter: <https://www.leitlinienwatch.de/> (07.06.2019).

Leménager, T. und Torchalla, I. (2011) Alkohol und Tabak bei Frauen. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Li, V. C. und Tang, S. (2018) China's New Road for Tobacco Control: Tobacco Crop Substitution. *American Journal of Public Health*, 108(10): 1316–1317.

Li, V. C., Wang, Q., Xia, N., Tang, S., Wang, C. C. (2012) Tobacco Crop Substitution: Pilot Effort in China. *American Journal of Public Health*, 102(9): 1660–1663.

Lin, T. K., Teymourian, Y., Tursini, M. S. (2018) The effect of sugar and processed food imports on the prevalence of overweight and obesity in 172 countries. *Globalization and Health*, 14:35.

Lopez, A. D., Collishaw, N. E., Piha, T. (1994) A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*; 3: 242 – 247.

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., Tugwell, P. (2013) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 67:190–193.

Maihold, G. (2019) Entwicklungszusammenarbeit am Scheideweg: strategische Weichenstellungen und institutioneller Reformbedarf. In: Sangmeister, H. und Wagner, H. (Hrsg.) Die Entwicklungszusammenarbeit der Zukunft. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Maio, G. (2002) Ethik der Forschung am Menschen: Zur Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit. *Medizin und Philosophie, Beiträge aus der Forschung*. Band 6. Stuttgart-Bad Cannstatt: Friedrich Frommann Verlag.

Malone, R. E., Grundy, Q., Bero, L. A. (2012) Tobacco industry denormalisation as a tobacco control intervention: a review. *Tobacco Control*, 21:162 – 170.

Mamudu, H. M. und Glantz, S. A. (2009) Civil society and the negotiation of the Framework Convention on Tobacco Control. *Global Public Health*, 4:2, 150 – 168.

March, J. G. und Simon, H. A. (1976) Organisation und Individuum: Menschliches Verhalten in Organisationen. Führung, Strategie, Organisation. Schriftenreihe des interdisziplinären Instituts für Unternehmensführung an der Wirtschaftsuniversität Wien. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler.

Martens, J. und Obenland, W. (2017) Die Agenda 2030: Globale Zukunftsziele für nachhaltige Entwicklung. Bonn/Osnabrück: Global Policy Forum/terre des hommes.

Martin-Soelch, C. (2010) Modelle der Substanzabhängigkeit: Neurobiologische und neuropsychologische Modelle der Substanzabhängigkeit. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 21 (3), 153 – 166.

McKnight, R. H. und Spiller, H. A (2005) Green Tobacco Sickness in Children and Adolescents. Public Health Reports, Volume 120, S. 602 – 605.

Medicins sans frontieres/Ärzte ohne Grenzen e. V. (o.J.) (Online) Verfügbar unter: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/> (20.03.2020).

Medico international (2020) (Online) Verfügbar unter: <https://www.medico.de/> (20.03.2020).

Mendis, S, Yach, D, Bengoa, R, Narvaez, D, Zhang, X (2003) Research gap in cardiovascular disease in developing countries. The Lancet, Vol. 361, S. 2246 – 2247.

Menzel, U. (2010) Teil I: Entwicklungstheorie. In: Stockmann, R., Menzel, U., Nuscheler, F. (2010) Entwicklungspolitik: Theorien – Probleme – Strategien. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Merson, M. H., Black, R. E., Mills, A. J. (2012) Global Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies. Third Edition. United States of America: Jones & Bartlett Learning.

Mertz, T. (2020) Bio-Tabak und Fair Trade-Zigaretten: Auf eine Zigarette mit evidero. Rauchen ist schädlich - nicht nur für Raucher, sondern auch für die Umwelt und die Tabakanbauer. Bio- und Fairtradezigaretten sind daher sinnvoll. Evidero. (Online) Verfügbar unter: <https://www.evidero.de/bio-tabak-und-fair-trade-zigaretten> (20.07.2020).

Misereor (o.J.) Über uns. (Online) Verfügbar unter: <https://www.misereor.de/ueber-uns/von-mensch-zu-mensch> (14.10.2020).

Mons, U. und Straif, K. (2007) Rauchlose Tabakprodukte und die Folgen ihres Gebrauchs für die Gesundheit. Journal für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, 2: 307 – 314.

NCBI (2019) MeSH. (Online) Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> (01.01.2019).

Neubert, S. (2010) Zur Methodendiskussion – und zur Analyse von Wirkungen. In: Faust, J. und Neubert, S. (Hrsg.) Wirksamere Entwicklungspolitik: Befunde, Reformen, Instrumente. Entwicklungstheorie und Entwicklungspolitik, Band 8. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock, B., Skelton, A. (2008) Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now? Social Science & Medicine, 67, 1343 – 1355.

Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth A. Chapter 20: Qualitative research and Cochrane reviews. In: Higgins JPT, Green S (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org. (29.10.2018).

O'Donnell, O. (2007) Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(12):2820-2834.

OECD – DAC (o.J.) „Gross bilateral ODA, 2017 – 2018 average, unless otherwise shown“ (Online) Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/aid-at-a-glance.htm> (15.07.2020).

Otañez, M. (2008) Social disruption caused by tobacco growing. Center for Tobacco Control Research and Education. University of California: eScholarship. (Online) Verfügbar unter: <https://escholarship.org/uc/item/7ks4s9js> (04.02.2022).

Perleth, M. (2012) Anwendung von evidenzbasierter Medizin. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Auflage. München: Urban & Fischer.

Petticrew, M. und Roberts, H. (2006) Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide. London, UK: Blackwell Publishing Ltd.

Pieper, D., Antoine, S-L, Mathes, T., Neugebauer, EAM, Eikermann, M. (2014) Systematic review finds overlapping reviews were not mentioned in every other review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67, 368 – 375.

Pieper, D., Büchter, R. B., Antoine, S.-L., Eikermann, M. (2013). „Overviews – Status Quo, Potentiale und Ausblick“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*, 107, 592 – 596.

Pieper, D., Büchter, R., Jerinic, P., Eikermann, M. (2012) Overviews of reviews often have limited rigor: a systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65, 1267 – 1273.

Plaß, D. und Zeeb, H. (2014) Globale Krankheitslast: Daten, Methoden und aktuelle Trends. In: Razum, O., Zeeb, H., Müller, O., Jahn, A. (Hrsg.) *Global Health: Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Pötschke-Langer, M., Nair, U., Kahnert, S., Thielmann, H. W. (2011) Tabak, Tabakzusatzstoffe und Inhaltsstoffe des Tabakrauchs. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): *Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag AG

Porst, R. (2014) Fragebogen: Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Prakash, C. G. und Sreevidya, S. (2004) Smokeless tobacco use, birth weight, and gestational age: populationbased, prospective cohort study of 1217 women in Mumbai, India. *BMJ*; Online First. Doi: 10.1136/bmj.38113.687882.EB.

Prüfer, P. und Rexroth, M. (2005). *Kognitive Interviews. GESIS-How-to*, 15. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA-. (Online) Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201470> (18.12.2019).

Questback (2017 – 2019) Security: Dedicated to protecting our customers. (Online) Verfügbar unter: <https://www.questback.com/information-security/> (18.12.2019).

Questback GmbH (2015) Enterprise Feedback Suite: EFS Survey. Version: Summer 2016/1.2. Köln/Oslo: Questback GmbH/Questback AS.

Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., Morgan, L., Lohr, K. (2006) Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control. Evidence Report/Technology Assessment No. 140. Prepared by the RTI International–University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016. AHRQ Publication No. 06-E015. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Ranson, M. K., Jha, P., Chaloupka, F. J., Nguyen, S. N. (2002) Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies. *Nicotine & Tobacco Research*, 4, 311 – 319.

Rasenack, R. und Zink, M. (2011) Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Razum, O., Zeeb, H., Müller, O., Jahn, A. (2014) Vorwort der Herausgeber. In: Razum, O., Zeeb, H., Müller, O., Jahn, A. (Hrsg.) *Global Health: Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Razum, O. (2010) Umsetzung von Evidence-based Public Health: Fallbeispiele. In: Gerhardus, A., Breckenkamp, J., Razum, O., Schmacke, N., Wenzel, H. (Hrsg.): *Evidence-based Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Reddy, K. S., Yadav, A., Arora, M., Nazar, G. P. (2012) Integrating tobacco control into health and development agendas. *Tobacco Control*, 21, 281 – 286.

Reeves BC, Deeks JJ, Higgins JPT, Wells GA. Chapter 13: Including non-randomized studies. In: Higgins JPT, Green S (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org. (29.10.2018).

Ritchie, H. und Roser, M. (2013) "Smoking". Published online at OurWorldInData.org. (Online) Verfügbar unter: <https://ourworldindata.org/smoking> (15.09.2020).

Ross, H. und Stoklosa, M. (2011) Development assistance for global tobacco control. *Tobacco Control*, doi: 10.1136/tc.2011.043380.

Rudolf, G. und Schulte, D. (2006) Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 6, S. 285 – 287.

Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., Shiell, A. (2002) Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56: 119 – 127.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., Richardson, W. S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312:71.

Sangmeister, H. und Schönstedt, A. (2010) Entwicklungszusammenarbeit im 21. Jahrhundert: ein Überblick. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.

Sangmeister, H. und Wagner, H. (2019) Die Entwicklungszusammenarbeit der Zukunft. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Saravia, M. (2019) Anti-tobacco ban infringes on individual liberties. The Temple News. A watchdog for the Temple University community since 1921. (Online) Verfügbar unter: <https://temple-news.com/anti-tobacco-ban-infringes-on-individual-liberties/> (29.07.2020).

Sarr, F. (2019) Afrotopia. Berlin: MSB Matthes & Seitz Berlin Verlagsgesellschaft mbH.

Schmidt, B. und Wehling, M. (2011) Wechselwirkungen von Alkohol und Tabak mit Medikamenten. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Scholl, A. (2018) Die Befragung. 4. Auflage. Konstanz/München: UVK Verlagsgesellschaft mbH (mit UVK/Lucius).

Schünemann HJ, Oxman AD, Vist GE, Higgins JPT, Deeks JJ, Glasziou P, Guyatt GH. Chapter 12: Interpreting results and drawing conclusions. In: Higgins JPT, Green S (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org. (31.10.2018).

Schünemann, H. J. (2009) GRADE: Von der Evidenz zur Empfehlung. Beschreibung des Systems und Lösungsbeitrag zur Übertragbarkeit von Studienergebnissen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 103, 391 – 400.

Schulz, J. (2019) Warum es kein Fair-Trade-Siegel für Zigaretten gibt. Nachhaltigkeit im Tabakanbau. ZEITFRAGEN/ARCHIV. Deutschlandradio © 2009-2020. (Online) Verfügbar unter: https://www.deutschlandfunkkultur.de/nachhaltigkeit-im-tabakanbau-warum-es-kein-fair-trade.976.de.html?dram:article_id=439977 (22.07.2020).

Schwartz, F. W., Schlaud, M., Siegrist, J., von Troschke, J. (2012) Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Auflage. München: Urban & Fischer.

Shafey, O., Eriksen, M., Ross, H., Mackay, J. (2009) The Tobacco Atlas: Third Edition. Atlanta, Georgia (USA): The American Cancer Society.

Shea, BJ, Hamel, C, Wells, GA, Bouter, LM, Kristjansson, E, Grimshaw, J, Henry, DA, Boers, M (2009) AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 1013 – 1020.

Siebert, U. (o.J.) Entscheidungsanalytische Modelle zur Sicherung der Übertragbarkeit internationaler Evidenz von HTA auf den Kontext des deutschen Gesundheitssystems. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 16. Köln: DIMDI.

Siegrist, J. (2012) Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte? In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Auflage. München: Urban & Fischer.

Siegrist, J. und Möller-Leimkühler, A. M. (2012) Gesellschaftliche Einflüsse auf

Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Auflage, München: Urban & Fischer.

Siemens-Stiftung (2020) Stiftung: Gemeinsam für nachhaltige gesellschaftliche Entwicklung. (Online) Verfügbar unter: <https://www.siemens-stiftung.org/stiftung/> (14.10.2020).

Small, R., Linou, N., Webb, D., Dhaliwal, M. (2017) Tobacco control in the Sustainable Development Goals: a precarious inclusion? Lancet, Vol. 2. (Online) Verfügbar unter: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30100-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30100-7/fulltext) (24.09.2020).

Skolnik, R. (2012) Global Health 101: Second Edition. Burlington, MA 01803: Jones & Bartlett Learning.

Soliman, A. M. (1991) The role of counselling in developing countries. International Journal for the Advancement of Counselling. 14: 3 – 14.

Spies, C., Krampe, H., Goldmann, A., Weiß-Gerlach, E., Neumann, T. (2011) Alkohol und Tabak als Risikofaktor in Anästhesie und Intensivmedizin. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Statista (2020) Tobacco Products Report 2020: Statista Consumer Market Outlook –Market Report. (Online) Verfügbar unter: <https://www.statista.com/study/55497/tobacco-products-report/> (05.07.2021).

Statista (2020a) Erntemenge der führenden Anbauländer von Tabak weltweit in den Jahren 2017 und 2019 (in 1.000 Tonnen). (Online) Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/223479/umfrage/top-10-produzenten-von-tabak-weltweit/> (14.09.2020).

Statista (2020b) Umsatz der führenden Tabakunternehmen weltweit im Jahr 2013 (in Millionen US-Dollar). (Online) Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/224574/umfrage/umsatz-und-gewinn-fuehrender-zigarettenhersteller/> (14.09.2020).

Statista (2020c) Ranking der größten Entwicklungshilfe-Geberländer im Jahr 2019 (Netto-ODA in Mia. US-Dollar). (Online) Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/12294/umfrage/ranking-der-groessten-geber-von-entwicklungshilfe/> (02.10.2020).

Stevens, S. und Rist, F. (2012) Psychologische Konstrukte. In: Batra, A. und Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.): Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Stockmann, R., Menzel, U., Nuscheler, F. (2010) Entwicklungspolitik: Theorien – Probleme – Strategien. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Stockmann, R. (2010) Einleitung: Entwicklung. In: Stockmann, R., Menzel, U., Nuscheler, F. (2010) Entwicklungspolitik: Theorien – Probleme – Strategien. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Stockmann, R. (2010a) Teil III: Entwicklungsstrategien und Entwicklungszusammenarbeit. In: Stockmann, R., Menzel, U., Nuscheler, F. (2010) Entwicklungspolitik: Theorien – Probleme – Strategien. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Stoecker, H. und Hulverscheidt, M. (2013) Die frühe deutsche landwirtschaftliche Entwicklungshilfe. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Kommunikation und Fachinformation für die Geschichtswissenschaften. (Online) Verfügbar unter: [https://www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-4838/Tagungsbericht: Die frühe deutsche landwirtschaftliche Entwicklungshilfe. Bestandsaufnahme und Perspektiven, 28.02.2013 – 01.03.2013 Witzenhausen, in: H-Soz-Kult, 05.06.2013, www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-4838](https://www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-4838/Tagungsbericht:Die-fruehe-deutsche-landwirtschaftliche-Entwicklungshilfe-Bestandsaufnahme-und-Perspektiven,28.02.2013-01.03.2013-Witzenhausen,in:H-Soz-Kult,05.06.2013,www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-4838).

Tabassum, R., Froeschl, G., Cruz, J. P., Colet, P. C., Dey, S., Shariful Islam, S. M. (2018) Untapped aspects of mass media campaigns for changing health behaviour towards non-communicable diseases in Bangladesh. *Globalization and Health*, 14:7.

The Commission on Health Research for Development (1990) *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. Oxford University Press.

The Lancet (2020) Global Burden of Disease: Latest data, 2016 data, 2015 data, 2013 data, 2010 data. Elsevier Inc. (Online) Verfügbar unter: https://www.thelancet.com/gbd?source=post_page----- (15.09.2020).

The World Bank group (2019) New country classifications by income level: 2018 – 2019. WORLD BANK BLOGS. (Online) Verfügbar unter: <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications-income-level-2018-2019> (06.06.2019).

The World Bank Group (2019a) World Bank Country and Lending Groups. (Online) Verfügbar unter: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519> (12.06.2019).

The World Bank Group (2013) Country and Lending groups. (Online) Verfügbar unter: http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#Low_income (15.05.2013).

Thun, M., Peto, R., Boreham, J., Lopez, A. D. (2012) Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tobacco Control*; 21: 96 – 101.

Tippelt, R. (2010) Bildung in Entwicklungsländern und internationale Bildungsarbeit. In: Tippelt, R. und Schmidt, B. (Hrsg.) *Handbuch Bildungsforschung*. 3., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Tobacco Control Legal Consortium (o.J.) International Tobacco Control Organizations and Resources. Fact Sheet. Tobacco Control Legal Consortium, 875 Summit Avenue, Saint Paul, MN 55105-3076, www.publichealthlawcenter.org, 651.290.7506. (Online) Verfügbar unter: https://www.publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/tclc-fs-international-tobacco-resources-2013_0.pdf (25.09.2020).

UNDP, WHO (2018). Policy brief: Tobacco control as an accelerator for the Sustainable Development Goals in Thailand. (Online) Verfügbar unter: https://www.undp.org/content/dam/rbap/docs/Research%20&%20Publications/hiv_aids/h

hd-2018-policy-brief-on-sdgs-and-tobacco-thailand.pdf (24.09.2020).

Unfairtobacco (2020) Über uns. (Online) Verfügbar unter: <https://unfairtobacco.org/ueber-uns/> (25.09.2020).

United Nations, UN (2020) SDG Indicators: Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Sustainable Development Goals. (Online) Verfügbar unter: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/> (23.09.2020).

United Nations, UN (o.J.) The 17 Goals. Department of Economic and Social Affairs: Sustainable Development. (Online) Verfügbar unter: <https://sdgs.un.org/goals> (20.07.2020).

United Nations, UN (o.J.a) Rule of Law and Development. United Nations and the Rule of Law. (Online) Verfügbar unter: <https://www.un.org/ruleoflaw/rule-of-law-and-development/> (20.07.2020).

United Nations, UN (o.J.b) Climate change. Global issues. (Online) Verfügbar unter: <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/climate-change/> (27.07.2020).

United Nations, UN (o.J.c) Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Sustainable Development Goals: Knowledge Platform. (Online) Verfügbar unter: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> (23.09.2020).

U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016.

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416, 1990.

Van der Eijk, Y. und Porter, G. (2013) Human rights and ethical considerations for a tobacco-free generation. Tobacco Control; 0: 1 – 5.

VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (2020) Willkommen bei VENRO. (Online) Verfügbar unter: <https://www.venro.org/start> (18.03.2020).

VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (2020a) Gesundheit. (Online) Verfügbar unter: <https://venro.org/themen/gesundheit> (19.03.2020).

VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (2017) VENRO-Strategie 2017 – 2022. (Online) Verfügbar unter: https://venro.org/fileadmin/user_upload/Dateien/Daten/Publikationen/VENRO-Dokumente/VENRO-Strategie_2017-2022.pdf (14.10.2020).

VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (2015) Die 2030-Agenda – Chancen für eine zukunftsfähige Welt. Standpunkt, Nr. 3. (Online) Verfügbar unter:

https://venro.org/fileadmin/user_upload/Dateien/Daten/Publikationen/Standpunkte/Standpunkt_2030-Agenda.pdf (14.10.2020).

VENRO – Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe (2012) Gesundheit – Menschenrecht und Voraussetzung für Entwicklung. Positionspapier 2/2012. (Online) Verfügbar unter: https://venro.org/fileadmin/user_upload/Dateien/Daten/Publikationen/Positionspapiere/venro_PP_Gesundheit_2012_kompr.pdf (06.02.2022).

Vidyasagar, D. (2006) Global notes: the 10/90 gap disparities in global health research. *Journal of Perinatology*, 26, 55 – 56.

Von Eichborn, S. und Abshagen, M.-L. (2015) Tabak: unsozial, unfair, umweltschädlich. Tabakproduktion und -konsum als Beispiel für die Vielschichtigkeit der Sustainable Development Goals (SDGs). Berlin: Brot für die Welt – Evangelischer Entwicklungsdienst.

Wakefield, M. A., Loken, B., Hornik, R. C. (2010) Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*. 376(9748): 1261 – 1271.

Wakefield et al. (2010) Zitiert in: Sood, S., Shefner-Rogers, C., Skinner, J. (2014) Health Communication Campaigns in Developing Countries. *Journal of Creative Communications*, 9 (1), 67 – 84.

Wehling, P., Viehöver, W., Gündel, H. (2012) Medikalisation und Krankheitsidentität/Medicalization and illness identity. *MEDIZIN: Diskussion. Deutsches Ärzteblatt Int.*, 109(18): 339 – 40.

Weishaar, H. und Mons, U. (2014) Rauchen und Tabakkontrolle. In: Razum, O., Zeeb, H., Müller, O., Jahn, A. (Hrsg.) *Global Health: Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Weyerer, S. und Schäufele, M. (2011) Alkohol und Tabak bei älteren Menschen. In: Singer, M. V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): *Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Wilson, L. M., Tang, E. A., Chander, G., Hutton, H. E., Odelola, O. A., Elf, J., Heckman-Stoddard, B. M., Bass, E. B., Little, E. A., Haberl, E. B., Apelberg, B. J. (2012) Impact of Tobacco Control Interventions on Smoking Initiation, Cessation, and Prevalence: A Systematic Review. *Journal of Environmental and Public Health*, Vol. 2012, S. 1 – 36.

WHO (2021) Smokig and COVID-19: scientific brief. (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/smoking-and-covid-19> (23.11.2021).

WHO (2020) World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs. Genf: World Health Organization. (Online) Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf> (22.07.2020).

WHO (2020a) WHO: People living longer and healthier lives but COVID-19 threatens to throw progress off track. News Release/Geneva. (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/detail/13-05-2020-people-living-longer-and-healthier-lives-but-covid-19-threatens-to-throw-progress-off-track> (24.07.2020).

WHO (2020b) E-cigarettes are harmful to health. (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/detail/05-02-2020-e-cigarettes-are-harmful-to-health> (07.02.2020).

WHO (2020c) E-cigarettes. Q&A. (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/e-cigarettes-how-risky-are-they> (24.07.2020).

WHO (2020d) COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases. (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases> (31.07.2020).

WHO (2020e) Fact sheet about health benefits of smoking cessation. Tobacco Free Initiative (TFI). (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/tobacco/quitting/benefits/en/> (10.09.2020).

WHO (2020f) MPOWER brochures and other resources. Tobacco Free Initiative (TFI). (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en/> (24.09.2020).

WHO (2020g) NCD mortality and morbidity. Global Health Observatory (GHO) data. (Online) Verfügbar unter: https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ (25.09.2020).

World Health Organization, WHO – [Regionalbüro für Europa/RegEUR] (2020) Ottawa Charta for Health Promotion, 1986. (Online) Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (07.01.2019).

WHO (2019) Tobacco/Key facts/Leading cause of death, illness and impoverishment. Privacy Legal Notice. (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (14.08.2019).

WHO (2019a) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use. Genf: WHO. (Online) Verfügbar unter: https://www.who.int/tobacco/global_report/en/ (24.09.2020).

WHO (2017) Tobacco Control for Sustainable Development. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (Online) Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255509> (04.02.2022).

WHO (2016) Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation. Geneva, Switzerland: WHO Press.

WHO (2014) Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. (Online) Verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=F56D1CF268E8913786185E73D32F9A1D?sequence=1 (29.07.2020).

WHO (2013) Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: 2013 – 2020. Genf (Schweiz): WHO Document Production Services.

WHO (2004) Tobacco and poverty: a vicious circle. Genf: Tobacco Free Initiative/World Health Organization. (Online) Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68704> (04.02.2022).

WHO FCTC (2020) Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. (Online) Verfügbar unter: https://www.who.int/fctc/protocol/illicit_trade/protocol-publication/en/ (11.08.2020).

WHO FCTC (2020a) Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/fctc/cop/en/> (21.09.2020).

WHO FCTC (2020b) Global progress reports. (Online) Verfügbar unter: <https://www.who.int/fctc/reporting/global-progress-reports/en/> (24.09.2020).

WHO FCTC (2019) Sustainable Development Goals. (Online) Verfügbar unter: <https://untobaccocontrol.org/kh/surveillance/article20/sustainable-development-goals/> (18.03.2020).

WHO FCTC (2018) 2018 Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (Online) Verfügbar unter: https://www.who.int/fctc/reporting/WHO-FCTC-2018_global_progress_report.pdf (04.02.2022).

WHO FCTC (2018a) The Framework Convention on Tobacco Control: an overview. (Online) Verfügbar unter: https://www.who.int/fctc/about/WHO_FCTC_summary_January2015.pdf?ua=1 (23.09.2020).

WHO FCTC (2018b) The Protocol to Eliminate Illicit Trade on Tobacco Products: an overview. (Online) Verfügbar unter: https://www.who.int/fctc/Protocol_summary_3Jul18-en.pdf?ua=1&ua=1 (23.09.2020).

Yach, D. (2014) The origins, development, effects, and future of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: a personal perspective. *Lancet*; 383: 1771 – 79.

Zamawe, C. O. F., Banda, M., Dube, A. N. (2016) The impact of a community driven mass media campaign on the utilisation of maternal health care services in rural Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16:21.

Zhang, J., Ou, J.-X., Bai, C.-X. (2011) Tobacco smoking in China: Prevalence, disease burden, challenges and future strategies. INVITED REVIEW SERIES: RESPIRATORY HEALTH ISSUES IN THE ASIA-PACIFIC REGION. *Respirology*, 16, 1165 – 1172.

Zens, Y., Fujita-Rohwerder, N., Windeler, J. (2015) Nutzenbewertung von Medizinprodukten. *Bundesgesundheitsblatt*, 58:240–247.

Zusätzliche Referenzen, die zum Entstehen der Arbeit beigetragen haben:

Bundesinstitut für Risikobewertung – BfR – (2011) Frequently Asked Questions about Water Pipes. (Online) Verfügbar unter: https://www.bfr.bund.de/en/frequently_asked_questions_about_water_pipes-60838.html (17.02.2019).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz (o. J.) Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). (Online) Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html (02.05.2019).

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, BMZ (2010 – 2020) Entwicklungszusammenarbeit. (Online) Verfügbar unter: <https://www.bmz.de/de/service/glossar/E/entwicklungszusammenarbeit.html> (13.10.2020).

Canese, K. und Weis, S. (2013) PubMed: The Bibliographic Database. The NCBI Handbook (Internet). 2nd Edition. (Online) Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153385/> (31.12.2018).

Delbrück, J. (2003) Nichtregierungsorganisationen: Geschichte – Bedeutung – Rechtsstatus. (Rechtspolitisches Forum, 13). Trier: Institut für Rechtspolitik an der Universität Trier. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-321699> (empfohlene Zitierung).

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH (o.J.) Weltweites Engagement der GIZ: Entwicklungsdienst. Geschichte. (Online) Verfügbar unter: <https://www.giz.de/entwicklungsdienst/de/html/59684.html> (29.01.2020).

Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (2005) Passivrauchen: ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

Ebbert J, Montori VM, Erwin PJ, Stead LF (2011) Interventions for smokeless tobacco use cessation. In: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF (Hrsg.) (09.02.2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ (S. 103). AWMF online: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin.

Finster, L. (2007) Nichtstaatliche Organisationen (NGOs) in der Entwicklungshilfe: Eine Darstellung ihrer Entstehung, ihres Einflusses und ihrer Zielsetzungen. Studienarbeit. München: GRIN Verlag.

Hillel RA, Gregory NC, Biener L (2013) A prospective cohort study challenging the effectiveness of population-based medical intervention for smoking cessation. Tobacco Control, 22, 32–37.

International Monetary Fund – IMF – (2020) A Matter of Life and Death. POINT OF VIEW. (Online) Verfügbar unter: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2020/04/allocating-scarce-medical-resources-during-the-COVID19-pandemic-bloom.htm> (31.07.2020).

Kolte, B. (2006) Rauchen zwischen Sucht und Genuss. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Mieg, H. A. und Näf, M. (2005) Experteninterviews in den Umwelt- und Planungswissenschaften. Eine Einführung und Anleitung. Institut für Mensch-Umwelt-Systeme (HES), ETH Zürich.

NIH – National Institute on Drug Abuse (2019) Is nicotine addictive? Tobacco, Nicotine, and E-Cigarettes. USA: NIH. (Online) Verfügbar unter: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/nicotine-addictive> (11.12.2019).

Przyborski, A. und Wohlrab-Sahr, M. (2014) Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Raab-Steiner, E. und Benesch, M. (2008) Der Fragebogen: Von der Forschungs-idee zur SPSS-Auswertung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Raspe, H. (2012) Public Health und klinische Medizin. In: Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L., Busse, R., Schneider, N. (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen, 3. Auflage, München: Urban & Fischer.

Rockstroh, B. (2004) Buchbesprechungen „Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit“. SUCHT, 50 (3), 210 – 211.

The World Bank (1999) Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Special Communication. Tobacco Control, 8:196 – 201.

United Nations, UN (o.J.) #Envision2030 Goal 3: Good Health and Well-being. Department of Economic and Social Affairs. (Online) Verfügbar unter: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/envision2030-goal3.html> (24.09.2020).

Windeler, J. (2006) Nutzen und Nutzenbewertung: Kommentar. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 131, S. 12 – S. 15. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG.

Windeler, J. und Antes, G. (o.J.) Efficacy und Effectiveness (Efficacy and Effectiveness) Fachbereich Evidenz-basierte Medizin, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS). (Online) Verfügbar unter: https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/efficacy_and_effectiveness.pdf (02.02.2019).

World Health Organization, WHO (2020) Noncommunicable diseases. (Online) Verfügbar unter: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1 (29.07.2020).

World Health Organization, WHO [Regionalbüro für Europa] (2020) Ressourcen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs im Rahmen der Gegenmaßnahmen im Kampf gegen COVID-19. (Online) Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/resources-for-tobacco-use-control-as-part-of-covid-19-response> (31.07.2020).

World Health Organization, WHO (2005) WHO Framework Convention on Tobacco Control. ISBN 978 92 4 159101 0 (LC/NLM classification: HD 9130.6). Genf: WHO Document Production Services. (Online) Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=ECD>

E21BC1D42A63AA71EE3D2F495D925?sequence=1 (03.05.2019).

WHO FCTC (2013) Protocol to eliminate illicit trade in tobacco products. Geneva:
World Health Organization. NLM classification: HD 9130.6.

Systematic Reviews der Cochrane Collaboration

Bala MM, Strzeszynski L, Topor-Madry R, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD004704. DOI: 10.1002/14651858.CD004704.pub3.

(Nr. 1)

Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.

(Nr. 2)

Barth J, Critchley JA, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD006886. DOI: 10.1002/14651858.CD006886.

(Nr. 3)

Baxi R, Sharma M, Roseby R, Polnay A, Priest N, Waters E, Spencer N, Webster P. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD001746. DOI: 10.1002/14651858.CD001746.pub3.

(Nr. 4)

Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD004705. DOI: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.

(Nr. 5)

Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD001006. DOI: 10.1002/14651858.CD001006.pub2.

(Nr. 6)

Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4.

(Nr. 7)

Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.

(Nr. 8)

Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub4.

(Nr. 9)

Cahill K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004986. DOI: 10.1002/14651858.CD004986.pub3.

(Nr. 10)

Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub6.
(Nr. 11)

Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
(Nr. 12)

Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4.
(Nr. 13)

Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 4. Art. No.: CD005992. DOI: 10.1002/14651858.CD005992.pub2.
(Nr. 14)

Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
(Nr. 15)

Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD001291. DOI: 10.1002/14651858.CD001291.pub2.
(Nr. 16)

Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Peters M, Chang AB, Veale A, Esterman AJ, Smith BJ. Interventions for tobacco use prevention in Indigenous youth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD009325. DOI: 10.1002/14651858.CD009325.pub2.
(Nr. 17)

Carson KV, Brinn MP, Peters M, Veale A, Esterman AJ, Smith BJ. Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1. Art. No.: CD009046. DOI: 10.1002/14651858.CD009046.pub2.
(Nr. 18)

Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ, Smith BJ. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
(Nr. 19)

Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, Thomas J. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub4.
(Nr. 20)

Civiljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.:

CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4.
(Nr. 21)

Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.
(Nr. 22)

Coppo A, Galanti MR, Giordano L, Buscemi D, Bremberg S, Faggiano F. School policies for preventing smoking among young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD009990. DOI: 10.1002/14651858.CD009990.pub2.
(Nr. 23)

David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
(Nr. 24)

Ebbert J, Montori V M, Erwin P J, Stead L F. Interventions for smokeless tobacco use cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD004306. DOI: 10.1002/14651858.CD004306.pub4.
(Nr. 25)

Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.
(Nr. 26)

Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2.
(Nr. 27)

Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub4.
(Nr. 28)

Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD007072. DOI: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.
(Nr. 29)

Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3.
(Nr. 30)

Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
(Nr. 31)

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.

(Nr. 32)

Johnston V, Liberato S, Thomas D. Incentives for preventing smoking in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD008645. DOI: 10.1002/14651858.CD008645.pub2.

(Nr. 33)

Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub2.

(Nr. 34)

Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.pub2.

(Nr. 35)

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

(Nr. 36)

Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009.

(Nr. 37)

Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.

(Nr. 38)

Maziak W, Ward KD, Eissenberg T. Interventions for waterpipe smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005549. DOI: 10.1002/14651858.CD005549.pub2.

(Nr. 39)

McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub2.

(Nr. 40)

Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.

(Nr. 41)

Reda AA, Kotz D, Evers SMAA, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD004305. DOI: 10.1002/14651858.CD004305.pub4.

(Nr. 42)

Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub4.

(Nr. 43)

Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.

(Nr. 44)

Schneider, W. und Strauß, B. (2013) Medikalisierung. Editorial. Psychotherapeut, 58:217–218.

Secker-Walker R, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD001745. DOI: 10.1002/14651858.CD001745.

(Nr. 45)

Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD003698. DOI: 10.1002/14651858.CD003698.pub2.

(Nr. 46)

Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.

(Nr. 47)

Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.

(Nr. 48)

Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.

(Nr. 49)

Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2.

(Nr. 50)

Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub2.

(Nr. 51)

Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub2.

(Nr. 52)

Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD005231. DOI: 10.1002/14651858.CD005231.pub2.
(Nr. 53)

Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
(Nr. 54)

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
(Nr. 55)

Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD001497. DOI: 10.1002/14651858.CD001497.pub2.
(Nr. 56)

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
(Nr. 57)

Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art.No.: CD004493. DOI: 10.1002/14651858.CD004493.pub3.
(Nr. 58)

Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub3.
(Nr. 59)

Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.
(Nr. 60)

Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
(Nr. 61)

Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
(Nr. 62)

van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102. DOI: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
(Nr. 63)

White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interven-

tions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
(Nr. 64)

Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Borland R, Rodgers A, GuY. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub3.
(Nr. 65)

Anhang

STUDIE I (Evidenzanalyse)

Anhang I: Sections of a Cochrane Review (381)

Anhang II: Prüfung auf Vollständigkeit der eingeschlossenen Systematic Reviews (382)

Anhang III: Datenextraktionstabelle (385)

Anhang IIIa: Ergebnistabelle zu den MIC-Studien aus dem Review „School-based programmes for preventing smoking“ (484)

Anhang IIIb: Ergebnistabelle zu den MIC-Studien aus dem Review “Acupuncture and related interventions for smoking cessation” (486)

Anhang IV: Vorläufige Ergebnistabelle (487)

STUDIE II (Befragung)

Anhang V: Organisationslisten (553)

Anhang VI: Kontaktaufnahme und Ansprechpartner der BMZ-Liste: „Organisationen und Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland“ (559)

Anhang VII: Anschreiben (568)

Anhang VIII: Fragebogen (569)

Anhang IX: Verschwiegenheitserklärungen (579)

Box 2.2.b: Sections of a Cochrane review²⁵¹

Title*

Review information:

- Authors*
- Contact person*
- Dates*
- What's new
- History

Abstract:

- Background*
- Objectives*
- Search methods*
- Data collection and analysis*
- Results*
- Authors' conclusions*

Plain language summary:

- Plain language title*
- Summary text*

The review:

- Background*
- Objectives*

Methods:

- Criteria for selecting studies for this review:
 - Types of studies*
 - Types of participants*
 - Types of interventions*
 - Types of outcome measures*
- Search methods for identification of studies*
- Data collection and analysis*

Results:

- Description of studies*
- Risk of bias in included studies*
- Effects of interventions*

Discussion*

Authors' conclusions:

- Implication for practice*
- Implication for research*

Acknowledgements

References:

References to studies:

- Included studies
- Excluded studies
- Studies awaiting classification
- Ongoing studies

Other references:

- Additional references
- Other published versions of this review

Tables and figures:

Characteristics of studies:

- Characteristics of included studies (*includes 'Risk of bias' tables*)
- Characteristics of excluded studies
- Characteristics of studies awaiting assessment
- Characteristics of ongoing studies

'Summary of findings' tables

Additional tables

Figures

Supplementary information:

- Data and analyses

- Appendices

Feedback:

- Title
- Summary
- Reply
- Contributors

About the article:

- Contributions of authors
- Declarations of interest*
- Differences between protocol and review
- Sources of support:
 - Internal sources
 - External sources
- Published notes

²⁵¹ Quelle: <http://handbook-5-1.cochrane.org/> (10.05.2019)

In die Datenextraktion ein- und ausgeschlossene Übersichtsarbeiten nach Abgleich²⁵² mit der Liste der Übersichtsarbeiten der Tobacco Addiction Group vom 1.11.2018

A) Eingeschlossene Übersichtsarbeiten (59)

- Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Nr. 64)
- Antidepressants for smoking cessation (Nr. 31)
- Anxiolytics for smoking cessation (Nr. 32)
- Aversive smoking for smoking cessation (Nr. 27)
- Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation (Nr. 5)
- Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation (Nr. 13)
- Clonidine for smoking cessation (Nr. 26)
- Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Nr. 51)
- Community interventions for preventing smoking in young people (Nr. 16)
- Community interventions for reducing smoking among adults (Nr. 45)
- Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation (Nr. 46)
- Electronic cigarettes for smoking cessation (Nr. 40)
- Enhancing partner support to improve smoking cessation (Nr. 41)
- Exercise interventions for smoking cessation (Nr. 62)
- Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (Nr. 4)
- Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents (Nr. 58)
- Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Nr. 55)
- Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment (Nr. 42)
- Hypnotherapy for smoking cessation (Nr. 2)
- Incentives for preventing smoking in children and adolescents (Nr. 33)
- Individual behavioural counselling for smoking cessation (Nr. 36)
- Internet-based interventions for smoking cessation (Nr. 21)
- Interventions for preoperative smoking cessation (Nr. 60)
- Interventions for preventing tobacco sales to minors (Nr. 56)
- Interventions for smokeless tobacco use cessation (Nr. 25)
- Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia (Nr. 61)
- Interventions for smoking cessation in Indigenous populations (Nr. 18)
- Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Nr. 44)
- Interventions for tobacco cessation in the dental setting (Nr. 15)
- Interventions for tobacco use prevention in Indigenous youth (Nr. 17)
- Interventions for waterpipe smoking cessation (Nr. 39)
- Interventions to reduce harm from continued tobacco use (Nr. 53)
- Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption (Nr. 14)
- Lobeline for smoking cessation (Nr. 50)
- Mass media interventions for preventing smoking in young people (Nr. 6)
- Mass media interventions for smoking cessation in adults (Nr. 1)
- Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Nr. 37)
- Mobile phone-based interventions for smoking cessation (Nr. 65)
- Motivational interviewing for smoking cessation (Nr. 34)
- Nicobrevin for smoking cessation (Nr. 54)
- Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Nr. 11)
- Nicotine vaccines for smoking cessation (Nr. 29)
- Nursing interventions for smoking cessation (Nr. 43)
- Opioid antagonists for smoking cessation (Nr. 24)
- Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Nr. 12)

²⁵² Nach Titeln der Übersichtsarbeiten/Systematic Reviews

- Physician advice for smoking cessation (Nr. 48)
- Print-based self-help interventions for smoking cessation (Nr. 30)
- Quit and Win contests for smoking cessation (Nr. 10)
- Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit (Nr. 38)
- Relapse prevention interventions for smoking cessation (Nr. 28)
- School policies for preventing smoking among young people (Nr. 23)
- School-based programmes for preventing smoking (Nr. 59)
- Silver acetate for smoking cessation (Nr. 35)
- Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression (Nr. 63)
- Stage-based interventions for smoking cessation (Nr. 8)
- Telephone counselling for smoking cessation (Nr. 49)
- Tobacco cessation interventions for young people (Nr. 47)
- Training health professionals in smoking cessation (Nr. 19)
- Workplace interventions for smoking cessation (Nr. 7)

B) Ausgeschlossen: kein Bezug zu Tabak (5)

- Allergen-specific oral immunotherapy for peanut allergy
- Antifibrinolytic therapy to reduce haemoptysis from any cause
- Immunotherapy (oral and sublingual) for food allergy to fruits
- Oral and sublingual immunotherapy for egg allergy
- Oral immunotherapy for milk allergy

C) Ausgeschlossen: keine Tabakkontrollintervention oder Outcome nicht tabakbezogen (2)

- Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours
- Interventions for preventing weight gain after smoking cessation
- Interventions for recruiting smokers into cessation programmes²⁵³
- Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence²⁵⁴
- Smoking cessation interventions for pulmonary tuberculosis treatment outcomes

D) Nicht einbezogen: im Suchzeitraum noch nicht oder als Protocol gelistet oder Updates von eingeschlossenen Übersichtsarbeiten mit verändertem Titel, SR hätten eingeschlossen werden können (9)

- Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure
- Incentives for smoking cessation²⁵⁵
- Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders
- Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS
- Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation
- Pharmacotherapy for smoking cessation: effects by subgroups defined by genetically informed biomarkers
- System change interventions for smoking cessation
- Tobacco packaging design for reducing tobacco use
- Use of electronic health records to support smoking cessation²⁵⁶

E) Eingeschlossen: in Übersicht vom 1.11.2018 nicht aufgeführt (6)

- Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation (Nr. 52)
- Competitions and incentives for smoking cessation (Nr. 9)
- Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Nr. 57)

²⁵³ Hätte als Tabakkontrollintervention verstanden werden können.

²⁵⁴ Hätte als Tabakkontrollintervention verstanden werden können.

²⁵⁵ War unter einem anderen Titel gelistet oder wurde übersehen.

²⁵⁶ Wurde übersehen (SR liefert keine Ergebnisse zu gefragten Outcomes [s.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008743.pub3/full>, 10.07.2019], hätte aber evtl. dennoch eingeschlossen werden müssen).

- Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Nr. 22)
- Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease (Nr. 3)
- Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy (Nr. 20)

Datenextraktionstabelle

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
1	Bala, MM et al.: <i>Mass media interventions for smoking cessation in adults</i>	<p>Intervention: -Massenmediale Interventionen (Kommunikationskanäle, die nicht auf einem persönlichen Kontakt beruhen), die primär zur Aufgabe des Tabakkonsums ermutigen sollen -Kommunikationskanäle: Fernsehen, Radio, Zeitungen, Werbetafeln, Poster, Broschüren u. ä. -Durchführung alleine oder in Kombination mit Programmen zur Aufgabe des Tabakkonsums (wenn massenmediale Komponente unterscheidbar)</p> <p>Kontrolle: Nicht spezifiziert („control condition“)</p> <p>Ausschluss: Anreize, Wettbewerbe, Quit-and-win-contests, Internet- und Handybasierte Interventionen (Reviews vorhanden)</p>	<p>1. Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs/Prävalenzraten</p> <p>2. Reduktion im Tabakgebrauch (Anzahl der gekauften/gerauchten Zigaretten, Prävalenz täglichen Rauchens, Abstinenz-Versuche)</p> <p>[mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention, Validierung durch Biomarker nicht verlangt, Begründung: bei Gemeindestudien nicht möglich]</p> <p>3. Intermediäre Faktoren (Einstellungen/Wissen zum Rauchen, UJ)</p> <p>4. Prozess-Faktoren (z. B. Beschreibung der Forschung, Medien-Reichweite)</p>	<p>Setting der Intervention: Gemeinden, Regionen, Staaten</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert (Randomisierung, Quasi-Randomisierung und Nicht-Randomisierung)</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Erwachsene Raucher (25 Jahre und älter), keine Schwangeren (Review vorhanden), keine Jugendlichen (18 bis 25 Jahre) als alleinige Zielgruppe (Review vorhanden), keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 11 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Not conducted due to heterogeneity of studies, narrative synthesis and table form</p> <p>Heterogeneity: -Studies: design, setting, duration, content, intensity, follow-up, evaluation methods, definitions, measures of smoking behaviour used -Variable methodological quality</p> <p>Results: -9 campaigns reporting smoking prevalence: significant decreases in California and Massachusetts state wide tobacco control programmes vs. rest of USA (2/11) -3 studies: positive effects on prevalence in whole population or in subgroups -3 large-scale campaigns presenting results for tobacco consumption: statistically significant decreases -4/7 studies presenting abstinence or quit rates: some positive effect (1 study: effect measured for quitting and cutting down combined) -1 study (among 3 that did not show significant decreases): significant intervention effect on smokers and ex-smokers combined</p> <p>Conclusion:</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p>HIC USA (7) England (1) Australien (2)</p> <p>MIC Südafrika (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In der Studie aus Südafrika (CORIS-Studie, gemeindebasiert) wurde in Bezug auf die Rauchprävalenz bei den Männern langfristig ein positives Ergebnis erzielt (Vergleich zwischen zwei Gemeinden mit unterschiedlicher Intensität der Intervention mit einer Kontrollgemeinde). In Bezug auf die Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs wurde auch bei den Frauen ein positives Ergebnis erzielt (signifikant positiv). Insgesamt kann ein positiver Effekt der Intervention auf das Rauchverhalten verzeichnet werden. Dies entspricht dem tendenziell positiven Trend aus dem Gesamtergebnis.</p> <p>LIC -</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>-Evidence for effectiveness of comprehensive tobacco control programmes, including mass media campaigns in changing adult smoking behaviour, but evidence from heterogeneous group of studies with variable methodological quality</p> <p>-Positive result for state-wide tobacco control programme (Massachusetts): up to 8 years after the campaign and California: during period of adequate funding and implementation and in final evaluation since the beginning of the programme</p> <p>-6/9 studies (carried out in communities or regions): some positive effects on smoking behaviour and at least 1 significant change in smoking prevalence (Sydney)</p> <p>-Difficult to quantify intensity and duration of mass media campaigns in relation to effectiveness due to length of follow-up and concurrent secular trends and events</p> <p>-Relationship between campaign effectiveness and age, education, ethnicity or gender not consistent</p>	
2	Barnes, J et al.: <i>Hypnotherapy for smoking cessation</i>	<i>Intervention:</i> Hypnotherapie als Methode zur Unterstützung der Aufgabe des Rauchens (Beeinflussung tieferliegender Impulse zur Schwächung des Verlangens zu Rauchen oder zur Stärkung des Willens zur Aufgabe des Rauchens), Typ und Dauer der Hypnotherapie berichtet	<p>1. Rauchabstinenz -mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention</p> <p>-Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. UW</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher mit Intention eine Rauchabstinenz zu erreichen, jedes Geschlecht, unabhängig von Anzahl der Jahre als</p>	<p><i>Studies:</i> 11 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where possible (Mantel-Haenszel fixed-effect method): no pooled RR for overall effect of hypnotherapy</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Significant, concerning study results, according to different control groups</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (5)</p> <p>UK (Schottland) (1)</p> <p>Australien (1)</p> <p>Kanada (4)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p><i>Kontrolle:</i> Keine Behandlung oder andere therapeutische Intervention</p> <p><i>Ausschluss:</i> Nicht spezifiziert</p>		<p>Raucher und vom Grad der Nikotinabhängigkeit, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Results:</i> -Significant heterogeneity between results of individual studies -Detection of overall effect not possible: conflicting results for effectiveness of hypnotherapy compared to no treatment, advice, or psychological treatment -Hypnotherapy vs. rapid smoking or psychological treatment: no evidence of greater effect of hypnotherapy -Hypnotherapy vs. cessation treatments considered to be effective: CI's too wide to infer equivalence</p> <p><i>Conclusion:</i> -No proof of a benefit of hypnotherapy over other interventions or no treatment -No proof of equivalence of hypnotherapy and counselling treatment -Effects of hypnotherapy claimed by uncontrolled studies not confirmed in RCTs</p>	
3	Barth, J et al: <i>Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease</i>	<p><i>Intervention:</i> -Einzelne psychosoziale Intervention (verhaltens-therapeutische Ansätze, telefonische Unterstützung, Selbsthilfematerial) mit Fokus auf Aufgabe des Tabakkonsums oder Teil eines umfassenden Rehabilitationsprogramms für Herzkrankheiten (für verschiedene Risikofaktoren) -Beginn der Intervention während eines Kranken-</p>	<p>Rauchabstinenz -Follow-up mindestens nach 6 Monaten -Biochemische Validierung, wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert (<i>Annahme: Krankenhaus oder ambulant</i>)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Patienten mit koronarer Herzerkrankung nach ICD 9 410-414, die rauchen (Beginn der Studie) -Komorbidität akzeptiert,</p>	<p><i>Studies:</i> 16 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> ITT-Analysis or follow-up results only</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Substantial, concerning study results, intervention strategy, intervention intensity</p> <p><i>Results:</i> -Participants of studies mostly older male patients with CHD, predomi-</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>Schweden (1) UK (2) Niederlande (2) Norwegen (1) Spanien (1) USA (7) Australien (1) Kanada (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>hausaufenthalts oder nach einem Krankenhausaufenthalt</p> <p>-Durchführung der Intervention im Gruppen- oder Einzelsetting</p> <p>-Kann Beratung oder Unterstützung mit / ohne schriftlichem Material enthalten</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine psychosoziale Intervention (<i>vermutlich normale Versorgung</i>), andere psychosoziale Intervention, psychosoziale Intervention anderer Intensität</p> <p><i>Ausschluss:</i> Interventionsstrategie rein pharmakologisch oder basiert auf NRT</p>		<p>wenn CHD sicher</p> <p>-Ausschluss von Studien über Patienten mit gemischten somatischen Beschwerden und ohne ausreichende Information über die somatische Diagnose</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>nantly myocardial infarction</p> <p>-Overall: positive effect of interventions on abstinence after 6 to 12 months, OR of 1.66 (1.25,2.22) [substantial heterogeneity between trials]</p> <p>-validated smoking status studies had lower efficacy [OR of 1.44 (0.99,2.11)] than non-validated studies [OR of 1.92 (1.26,2.93)]</p> <p>-OR similar for different strategies:</p> <p>-behavioural therapies [OR of 1.69 (1.33,2.14)]</p> <p>-telephone support [OR of 1.58 (1.28,1.97)]</p> <p>-self-help [OR of 1.48 (1.11,1.96)]</p> <p>-More intensive intervention had higher quit rates [OR of 1.98 (1.49,2.65)] than brief interventions [OR of 0.92 (0.70,1.22)]</p> <p>-2 trials of longer-term follow-up: no benefits of the interventions after 5 years</p> <p><i>Conclusion:</i></p> <p>-Effectiveness of psychosocial interventions in promoting abstinence at 1 year (when they are of sufficient duration)</p> <p>-Further research needed: studies with longer follow-up, comparison of different psychosocial strategies, addition of a psychosocial intervention to pharmacotherapy vs. pharmacotherapy alone</p>	
4	Baxi, R et al.: <i>Family and carer smoking control programmes for reducing chil-</i>	<p><i>Intervention:</i></p> <p>-Alle Strategien zur Reduzierung der Tabakrauchexposition (ETS) bei Kindern, zur Rauchprä-</p>	1. Tabakrauchexposition bei Kindern: Validierung durch Luftmessungen und	<p><i>Setting der Intervention:</i></p> <p>Kinderbetreuung, Erziehungsumfeld, Gemeinde, Gesundheitsversorgung, klinisch</p>	<p><i>Studies:</i></p> <p>57 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i></p> <p>Not conducted due to heterogeneity</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i></p> <p>Australien (3)</p> <p>USA (33)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	<i>dren's exposure to environmental tobacco smoke</i>	<p>vention und Aufgabe des Tabakkonsums (Eltern und Betreuer), z. B. Gesundheitsförderung, sozial-verhaltensorientierte Therapie, Einsatz von Technologien, Bildung/ Aufklärung, klinische Interventionen</p> <p>-Durchführung der Intervention: Forscher, Allgemeinärzte, Hebammen, Kinderärzte, Krankenschwestern (Gemeinde, Krankenhaus), Gesundheitsförderungsagenturen, Tabakkontroll- und Anti-Krebs-Organisationen, Gesundheitsämter (keine Einschränkungen)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Nicht spezifiziert („Controlled trials with or without random allocation“)</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien über die Aufnahme des Rauchens durch Minderjährige, Studien über den Effekt gesetzlicher Änderungen auf Rauchverhalten und ETS-Exposition</p>	<p>Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Häufigkeit von Krankheiten bei Kindern: Atemwegserkrankungen</p> <p>3. Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen durch Kinder: Krankenhausaufnahmen, Häufigkeit der Inanspruchnahme von Allgemeinärzten, Häufigkeit medikamentöser Behandlung</p> <p>4. Verhaltensänderungen und Rauchverhalten von Eltern und Betreuern: Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>5. Kosten und Kosteneffektivität von Interventionen in Verbindung mit Outcomes</p>	<p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Kleinkinder und Kinder (0 bis 12 Jahre)</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Eltern und andere Familienmitglieder, Angestellte in der Kinderbetreuung und Lehrer (Personen, die mit Betreuung und Erziehung von Kleinkindern und Kindern von 0 bis 12 Jahren zu tun haben)</p>	<p>of methodologies and outcome measures, narrative synthesis</p> <p><i>Heterogeneity:</i> In methodologies and outcome measures</p> <p><i>Results:</i> -14/57 studies: significant effect for child ETS exposure reduction (Outcome 1) -7/14: intensive counselling or MI -1/14: telephone counselling -1/14: school-based strategy -1/14: picture books -2/14: educational home visits -1/14: "brief intervention" -1/14: no description of the intervention -42/57 studies: no significant reduction in child ETS exposure (Outcome 1) -14/42: more intensive counselling or MI -9/42: brief advice or counselling -6/42: feedback of biological measure of children's ETS exposure -1/42 feedback of maternal cotinine -2/42: telephone smoking cessation advice or support 8/42: educational home visits 1/42: group sessions -1/42: information kit and letter -1/42: booklet and no smoking sign -1/42: school-based policy and health promotion -32/57 studies: reduction of ETS</p>	<p>Italien (2) Norwegen (1) Schweden (1) Deutschland (2) Kanada (3) Schottland (1) Finnland (1) Japan (1) Niederlande (1) UK (1) Hongkong/China (3)</p> <p><i>MIC</i> Iran (1) Türkei (2) China (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> Bei vier Studien wurden drei Mal positive Effekte der Intervention im Vergleich zu einer Kontrolle (z. B. andere Intervention, normale Versorgung) festgestellt. In einer Studie waren die Ergebnisse aus den Vergleichsgruppen statistisch ähnlich. Ein überwiegend positiver Trend wird also deutlich. Die Interventionen sind in die Bereiche Beratung, Bildung und Aufklärung gegliedert. In einer Studie wurde Tabakprävention im Lehrplan einer Schule getestet. Die Beratung wurde meistens durch Ärzte und Krankenschwestern durchgeführt und richtete sich an Eltern von Kindern mit gesundheitlichen Beschwerden. Die im Gesamtergebnis positiv dargestellte Wirkung von MI und inten-</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
					<p>exposure for children in the study, irrespective of assignment to intervention and comparison groups</p> <p>-1/57 studies: aimed to reduce symptoms of asthma (significant reduction of symptoms in the group exposed to MI) [Outcome 2]</p> <p>-Little evidence in differences of effectiveness of interventions between well infant, child respiratory illness, and other child illness settings as contexts for parental smoking cessation interventions</p> <p><i>Conclusion:</i></p> <p>-No evidence of superiority of 1 intervention to reduce parental smoking and children's ETS exposure over another</p> <p>-7 studies reported MI or intensive counselling in clinical setting as being effective</p> <p>-Effectiveness of interventions to reduce children's tobacco smoke exposure, including parental education and counselling programmes not clearly demonstrated</p>	<p>siver Beratung wird durch die Einzelergebnisse bestätigt.</p> <p><i>LIC</i></p> <p>-</p>
5	Bize, R et al.: <i>Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation</i>	<i>Intervention:</i> -Jede Intervention, in der physische Messungen zur Motivierung der Aufgabe des Rauchens genutzt werden, z. B. Messung des Kohlenmonoxids bei Ausatmung, Spirometrie, Anzeige der Anlagerung atherosklero-	Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker wenn möglich	<i>Setting der Intervention:</i> Verschiedene (hausärztliche Praxis, Ambulanz, Anti-Raucher-Klinik, Health Promotion Krankenhaus für Armee-Veteranen, Betrieb, Forschungsinstitution) <i>Setting der Rekrutierung:</i>	<i>Studies:</i> 15 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect method) <i>Heterogeneity:</i> Different settings (clinical heterogeneity)	Studien stammen aus: <i>HIC</i> USA (5) Belgien (1) Japan (2) UK (4) Schweiz (1) Italien (1)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>tischer Plaque durch bildgebende Verfahren, genetische Tests zur Vermittlung der Anfälligkeit für durch Rauchen mit verursachte Krebsarten</p> <p>-Als einzelne Intervention oder Zusatz zu anderen Interventionen wie Beratung (Kontrolle bekommt alle Interventionen außer Bericht über physische Messung)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Z. B. nur Beratung ohne Feedback über physische Messungen</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien, bei denen die Wirkung der physischen Messung mit der Wirkung anderer Interventionskomponenten verwechselt wurde</p>		<p>Verschiedene (z. B. Hausarzt, über Medien, über Befragungen)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher die an Programmen zur Raucherentwöhnung, Screenings zu Atemwegserkrankungen oder Gesundheits-Check-ups teilnehmen, keine Einschränkungen bezüglich Personen während eines Krankenhausaufenthalts oder mit Komorbiditäten, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Results:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Carbon monoxide (CO) measurement in primary care: RR of 1.06 (0.85,1.32) [2 trials] -Spirometry in primary care: RR of 1.18 (0.77,1.81) [2 trials] -11 other trials not pooled (clinical heterogeneity) -Lung age feedback after spirometry in primary care: RR of 2.12 (1.24,3.62) [1 trial] -Ultrasonography of carotid and femoral arteries and photographs of plaque: RR of 2.77 (1.04,7.41) [1 trial, but population of light smokers, unclear risk of bias in 2 domains] -No significant effect in 9 trials: CO feedback / measurement, genetic testing, ultrasonography of carotid arteries, combination of spirometry feedback in different settings <p><i>Conclusion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Little evidence about effects of most types of biomedical tests for risk assessment on smoking cessation -Only 2/15 studies detected significant effects: spirometry combined with an interpretation of the results in terms of 'lung age' (but evidence not optimal) & carotid plaque screening using ultrasound (but a second larger study of a similar feedback mechanism did not detect evidence of an effect) -Only two pairs of studies similar 	<p><i>MIC</i> Seychellen (1)²⁵⁷</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In der MIC-Studie (Seychelles Heart Study II) wurde für die Intervention: Ultraschall der Hals- und Oberschenkel Schlagader (im Rahmen einer Gesundheitsbefragung) ein positiv signifikantes Ergebnis erzielt (Outcome: Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinenz, externe Validität fragwürdig [Studienteilnehmer: alle männliche Raucher, „light“]). Dies entspricht dem Gesamtergebnis in diesem Bereich (Kontrolle: nur Beratung im Vergleich mit Beratung und physischer Messung).</p> <p><i>LIC</i> -</p>

²⁵⁷ Die Seychellen werden inzwischen den HIC zugeordnet (vgl. Department of Foreign Affairs/The Republic of Seychelles, 2015).

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>enough in terms of recruitment, setting, and intervention to allow meta-analyses: neither of these found evidence of an effect</p> <p>-Hypothesis that other types of biomedical risk assessment increase smoking cessation in comparison to standard treatment cannot be confirmed due to mixed quality evidence</p> <p>-Hypothesis that multiple types of assessment are more effective than single forms of assessment cannot be confirmed due to insufficient evidence</p>	
6	<p>Brinn, MP et al.: <i>Mass media interventions for preventing smoking in young people</i></p>	<p><i>Intervention:</i> -Interventionen über Massenmedien (Kommunikationskanäle wie Fernsehen, Radio, Zeitung, Werbeflächen, Broschüren) -Vorteile: Erreichen hoher Anzahl von Personen, keine Abhängigkeit von persönlichem Kontakt (potentielle Beeinflussung von Wissen, Einstellungen und Verhalten) -Primäres Ziel der Kampagne/n: Aufnahme des Rauchens bei jungen Menschen verhindern (Prävention) -Kombinationen mit schulbasierten Programmen zugelassen</p> <p><i>Kontrolle:</i></p>	<p>1. Rauchstatus (täglich, wöchentlich, monatlich, jemals, Nichtraucher, Nutzer von rauchlosem Tabak, Raucher) [möglichst strenge Definition von Rauchern (jemals geraucht)]</p> <p>2. Intermediäre Faktoren: -Einstellungen zum Rauchen -Rauchverhalten („intentions to smoke“, „rules on smoking“) -Wissen zum Rauchen</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Z. B. Schule, Gemeinde, geografische Region</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Junge Menschen (unter 25 Jahren), keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Studies:</i> 7 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> -Not conducted -Combination of studies using qualitative narrative synthesis</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Features of the programme under evaluation (type of media used, target audience, duration and intensity of the intervention), study variables (design, measures of smoking behaviour reported, length of follow-up)</p> <p><i>Results:</i> Mass media reduces smoking behaviour of young people (Outcome 1): 3 studies [Solid theoretical basis of effective campaigns, formative research used in designing campaign messages,</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (5) „America“ [vermutlich USA] (1) Norwegen (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>Nicht spezifiziert ("RCTs, controlled trial without randomization, time series": z. B. "regionally matched communities", "school-only/no media", "no treatment/usual practice")</p> <p><i>Ausschluss:</i> Unkontrollierte Vorher/Nachher-Studien, unkontrollierte Studien ohne Messung zu Studienbeginn (Messung nur nach der Intervention), nur Prozess-Faktoren als Outcomes berücksichtigt</p>	<p>- Selbstwertgefühl/Selbstwirksamkeit -Wahrnehmung des Rauchens (Normen, Rauchverhalten von Erwachsenen, Peers, Geschwistern)</p> <p>3. Prozess-Faktoren: Reichweite der Medien</p>		<p>message broadcast of reasonable intensity over extensive periods of time]</p> <p><i>Conclusion:</i> Mass media can prevent the uptake of smoking in young people (weak evidence, methodological flaws)</p>	
7	Cahill, K & Lancaster, T: <i>Workplace interventions for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Jede Intervention am Arbeitsplatz zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums -Vorteil: Erreichbarkeit einer hohen Anzahl von Personen -Rauchverhalten als alleiniges Outcome oder verschiedene Lebensstilbezogene Risikoverhalten -Fokus der Intervention: individuelle Raucher -Interventionen: z. B. individuelle und Gruppenberatung, Selbsthilfematerialien, medikamentöse Therapie, soziale und Umfeld-bedingte Unterstützung, Anreize,</p>	<p>Rauchverhalten der Angestellten (Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs und Daten zur Prävalenz des Tabakgebrauchs am Arbeitsplatz) -Follow-up mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Arbeitsplatz</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Erwachsene (über 18 Jahre), in einem Arbeitsverhältnis, Raucher, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Studies:</i> 57 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (using the generic inverse variance [GIV] method to produce Mantel-Haenszel odds ratios (ORs), using a fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not described</p> <p><i>Results:</i> -31 studies of interventions at individual workers (group therapy, individual counselling, self-help materials, NRT, social support) -30 studies at workplace as a whole (environmental cues, incentives, comprehensive programmes) -Group therapy programmes vs. no</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> Schweden (2) Frankreich (2) USA (30) Australien (1) Niederlande (2) Japan (5) Belgien (4) Spanien (1) Deutschland (1) UK (6)</p> <p><i>MIC</i> Türkei (1) Indien (1) Malaysia (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> Von drei Studien ergaben zwei</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>umfassende Programme, Rückfallprävention</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention, weniger intensive Intervention</p> <p><i>Ausschluss:</i> Reviews über Rauchverbote und -einschränkungen am Arbeitsplatz</p>			<p>treatment or minimal intervention control: OR of 1.71 (1.05,2.80) [8 trials]</p> <p>-Individual counselling vs. no treatment or minimal intervention: OR of 1.96 (1.51,2.54) [8 trials]</p> <p>-Pharmacotherapies vs. no treatment or minimal intervention: OR of 1.98 (1.26,3.11) [5 trials]</p> <p>-Multiple intervention programmes aimed mainly or solely at smoking cessation vs. no treatment or minimal intervention: OR of 1.55 (1.13,2.13) [6 trials]</p> <p>-Self-help materials: OR of 1.16 (0.74,1.82) [6 trials]</p> <p>-2 relapse-prevention programmes: no sustained long-term abstinence</p> <p>-Incentives: just 1 study of several of a sustained benefit</p> <p>-Comprehensive programmes (targeting multiple risk-factors): lack of evidence on effect on smoking prevalence</p> <p><i>Conclusion:</i></p> <p>-Strong evidence that individual and group counselling, pharmacological treatment to overcome nicotine addiction, and multiple interventions targeting smoking cessation as the primary or only outcome increase the likelihood of quitting smoking</p> <p>-Similar effect of these interventions when offered at the workplace or elsewhere</p> <p>-Self-help interventions and social support less effective (absolute numbers of quitters)</p> <p>-No detection of effect of compre-</p>	<p>ein positiv nicht signifikantes und eine ein positiv signifikantes Ergebnis. Die positiv nicht signifikanten Ergebnisse können unter dem Begriff „Gruppenberatung“ („behavioural programme“, „health education sessions“) zusammengefasst werden. Beide Interventionen enthielten eine VT-Komponente (eine der Studien untersuchte zusätzlich die Gabe von Bupropion) und bezogen sich auf das Outcome: Aufgabe des Tabakkonsums/Rauchabstinenz (nach 6 und 12 Monaten).</p> <p>Das positiv signifikante Ergebnis betrifft eine pharmakologische Intervention in Form von pflanzlicher Medikation in Kombination mit Beratung (telefonisch und persönlich). Die Kontrollgruppen waren keine Intervention („matched controlled study“), Selbsthilfematerial und Placebo.</p> <p>Es kann festgestellt werden, dass die beiden positiv nicht signifikanten Effekte in Bezug auf die Gruppenintervention dem Gesamtergebnis widersprechen. Das positiv signifikante Ergebnis in Bezug auf Pharmakotherapie entspricht dagegen dem Gesamtergebnis. Mehrheitlich weicht das Ergebnis der LMIC-Studien vom Gesamtergebnis ab.</p> <p>LIC</p> <p>-</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>hensive programmes targeting multiple risk factors in reducing the prevalence of smoking (not based on meta-analyzed data)</p> <p>-Limited evidence on increase of participation in programmes through competitions and incentives organized by the employer (1 trial demonstrated a sustained effect of financial rewards for attending a smoking cessation course and for long-term quitting)</p> <p>-Further research needed: concerning effectiveness of components of incentives and competitions, in low-income and developing countries (prevailing smoking rates, weak acceptance and enforcement of smoke-free legislation)</p>	
8	Cahill, K et al.: <i>Stage-based interventions for smoking cessation</i>	<p>Intervention:</p> <p>-Jede Intervention nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung (Transtheoretisches Modell, Prochaska) mit dem Ziel einer Veränderung im Rauchverhalten / Unterstützung bei der Aufgabe des Rauchens</p> <p>-Funktionsweise des Modells: Annahme von Durchlaufen verschiedener motivationaler Stadien vor der erfolgreichen Aufgabe des Rauchens, demnach Anpassung der jeweiligen Intervention an die jeweilige Stufe des motivationalen Stadiums in der Zielgruppe</p>	<p>1. Aufgabe des Tabakgebrauchs</p> <p>-Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention</p> <p>-Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. UW</p>	<p>Setting der Intervention:</p> <p>Nicht spezifiziert (Bsp.: Schule, Allgemeinarzt, Krankenhaus, Quitline)</p> <p>Setting der Rekrutierung:</p> <p>Nicht spezifiziert (Bsp.: Gesundheitsversorgung)</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung:</p> <p>Raucher, jede/s Alter / Geschlecht / Ethnizität, keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention:</p> <p>Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies:</p> <p>41 studies included</p> <p>Meta-Analysis:</p> <p>Where appropriate (pooled risk ratio, using the Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p>Heterogeneity:</p> <p>Not described</p> <p>Results:</p> <p>-Same intervention in stage-based vs. standard version: no clear advantage for staging component (4 trials)</p> <p>-Stage-based vs. standard self-help materials: RR of 0.93 (0.62,1.39) [2 trials]</p> <p>-Stage-based vs. standard counselling: RR of 1.00 (0.82,1.22) [2 trials]</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>UK (5)</p> <p>USA (21)</p> <p>Australien (3)</p> <p>Kanada (1)</p> <p>Niederlande (3)</p> <p>Schweiz (1)</p> <p>Deutschland (3)</p> <p>Belgien (1)</p> <p>Japan (1)</p> <p>Finnland (1)</p> <p>Taiwan/China (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p><i>Kontrolle:</i> Intervention ohne Anpassung an Motivationsstadium, keine Intervention, normale Versorgung</p> <p><i>Ausschluss:</i> Motivationsstadium wird lediglich festgestellt, aber Anpassung der Intervention nicht durchgeführt</p>			<p>-Stage-based self-help systems vs. standard self-help support: RR of 1.27 (1.01, 1.59) [6 trials] -Stage-based self-help vs. usual care / assessment only: RR of 1.32 (1.17, 1.48) [12 trials] -Stage-based individual counselling vs. any control condition: RR of 1.24 (1.08, 1.24) [13 trials] – consistent findings with proven effectiveness of interventions in non-stage-based versions -Unclear evidence for telephone counselling, interactive computer programmes, training of doctors or lay supporters (in part possibly due to small number of trials)</p> <p><i>Conclusion:</i> -Uncertainty of additional value of adapting interventions to the smoker's stage of change (stage-based self-help interventions and individual counselling neither more nor less effective than non-stage-based equivalents, stage-based self-help or counselling interventions vs. any control condition demonstrated levels of effectiveness which were comparable with their non-stage-based counterparts) -Unclear evidence for other types of staged interventions (telephone counselling, interactive computer programmes, training of physicians / lay supporters) -Restriction of quitting advice and encouragement only to smokers perceived to be in the preparation and action stages not supported by</p>	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
9	Cahill, K & Perra, R: <i>Competitions and incentives for smoking cessation</i>	<p>Intervention: -Belohnung der Aufgabe des Tabakkonsums und langfristiger Abstinenz im Rahmen von Raucherentwöhnungsprogrammen durch Wettbewerbe, Gewinnspiele, Anreizsysteme, Verlosungen, bedingte Zahlungen u. ä. -Wirkmechanismus: Verstärkung einer Verhaltensveränderung (hier: Rauchverhalten)</p> <p>Kontrolle: Placebo</p> <p>Ausschluss: -Effektivitätsberichte über Anreize und Belohnungen für Gesundheitspersonal (Ärzte, Krankenschwestern) für die Durchführung von Interventionen zur Raucherentwöhnung (Review wird erstellt) -Rückerstattung der Kosten der Raucherentwöhnung für Patienten (Review vorhanden)</p>	<p>1. Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Teilnehmeraten in Raucherentwöhnungsprogrammen (wenn Zusatz zu Raten der Aufgabe des Tabakkonsums / Rauchabstinenz)</p>	<p>Setting der Intervention: Jedes Setting („any“): z. B. Arbeitsplatz, Gesundheitsversorgung, Gemeinde</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: -Erwachsene Raucher, jedes Geschlecht, jedes Setting, keine weiteren Angaben -Nicht: Reviews mit alleiniger Zielgruppe Jugendliche und Schwangere (Reviews vorhanden)</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>evidence</p> <p>Studies: 19 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Where possible (generic inverse variance model), no pooling across subgroups</p> <p>Heterogeneity: High levels of clinical and statistical heterogeneity</p> <p>Results: -Significantly higher quit rates for incentives group vs. control group beyond 6 month-assessment: only in 1 study (the largest, offering substantial cash payments of up to USD 750 for prolonged abstinence and referral to local smoking cessation services) -Remaining trials: no clear evidence (committing vs. not committing own money to a programme, contingent rewards vs. fixed payment schedules) -Improved recruitment rates by rewarding participation (possibly higher absolute numbers of successful quitters): some evidence -Efficacy of the intervention mostly not demonstrated (cost effectiveness analysis not appropriate to this review)</p> <p>Conclusion: -Incentives and competitions have not been shown to enhance long-term cessation rates (exception of 1</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (14) Australien (1) USA und Kanada (1) UK (3)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>recent trial) -When rewards were no longer offered, early success tended to dissipate -There may be a potential for rewarding participation and compliance in contests and cessation programmes to deliver higher absolute numbers of quitters -1 trial with sustained success rates concentrated its resources into substantial cash payments for abstinence rather than into running its own smoking cessation programme (only feasible where independently-funded smoking cessation programmes are already available) -Future research: to explore the scale and longevity of possible cash reward schedules (within variety of smoking populations)</p>	
10	Cahill, K & Perra, R: <i>Quit and Win contests for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Populationsbezogene Wettbewerbe: Quit & Win -Lokal, national, international -Hintergrund der Intervention: wurde in den 1980er Jahren durch das „Minnesota Heart Health Program“ entwickelt, wird durch Massenmedien und Broschüren/Flyer begleitet, bei biochemisch validierter Abstinenz nach 4 Wochen nach dem Programm gibt es eine Belohnung (z. B. Ferien im Disneyland)</p>	<p>1. Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Rekrutierungs- und Teilnahmeraten in Raucherentwöhnungsprogrammen</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert (z. B. Landkreis/e, Distrikt/e)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Z. B. Apotheke, Krankenhaus, Zahnarzt, Arztpraxis, Schule, Kirche, Arbeitsplatz, Bibliothek, Sportanlage, Shopping-Center</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Erwachsene Raucher, jedes Geschlecht, innerhalb der Zielgemeinde, keine weiteren Angaben</p>	<p><i>Studies:</i> 5 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Not conducted, because of heterogeneity of included studies, and small number of scientifically valid studies</p> <p><i>Heterogeneity:</i> See: “Meta-Analysis”</p> <p><i>Results:</i> -3 trials: significantly higher quit rates in quit-and-win-group than control group (12-month-assessment) -Population impact measure: small</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> Kanada (1) USA (3)</p> <p><i>MIC</i> Russland (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studie:</u> In der MIC-Studie wurde ein sechs Monate dauernder Quit-and-win-contest mit keinem Tabakkontrollprogramm oder –contest (nur Befragung) verglichen. Nach zwölf Monaten wurde die Punktprävalenz des Rau-</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>-Begründung für Durchführung der Intervention: Aussicht einer Belohnung kann Unbehagen bezüglich der Rauchaufgabe aufheben, kann große Zahl von Rauchern anziehen, nach einer 30-Tage-Abstinenz ist die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Abstinenz erhöht (u. a.)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Raucher, die nicht am Quit & Win Contest teilnehmen</p> <p><i>Ausschluss:</i> Nicht spezifiziert (meistens Studien ohne Kontrollgruppe)</p>	<p>3. Public Health Impact: Teilnehmerate * Rate der Aufgabe des Tabakgebrauchs (wenn Daten verfügbar)</p>	<p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>effect on community smoking prevalence (< than 1 of 500 smokers quitting because of the contest) -High levels of deception -Lack of well-designed comparative studies: no firm conclusions can be drawn</p> <p><i>Conclusion:</i> -Effect at local and regional level possible (quit rates above baseline community rates, although population impact of the contests seems to be relatively low) -Levels of deception could compromise validity of the intervention -International level: quit and win contests may be effective, particularly in developing countries, but lack of well-designed comparative studies precludes firm conclusion</p>	<p>chens evaluiert, bei potentiellen Gewinnern wurde eine Validierung mit Biomarkern durchgeführt. Es wurde ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgestellt, der darauf hindeutet, dass die Intervention wirksam ist. Die Studie gehört somit zu den drei Studien mit einem positiv signifikanten Ergebnis. Dies ergibt auch einen positiven Gesamttrend, der jedoch mit Einschränkung zu sehen ist, weil der Populationseffekt nicht ganz so günstig ist und bessere Studien eingefordert werden.</p> <p><i>LIC</i> -</p>
11	Cahill, K et al.: <i>Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Medikamentöse Behandlung mit partiellen Nikotin-Rezeptor Agonisten, z. B. Cytisin, Dianiclin, Vareniclin (oder weitere Medikamente dieser Klasse in Studienphase III) -Vermuteter Wirkmechanismus: Vermeidung von Entzugssymptomen durch Aufrechterhaltung eines moderaten Dopamin-Niveaus (Agonist) und Reduktion der Suchtbefriedigung (Antagonist)</p>	<p>1. Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz -Follow-up mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. UW</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Grundversorgung („primary care“), Gemeinde, Krankenhäuser (Ambulanz, stationär)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: über Telefon und E-Mail)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Erwachsene Raucher, keine ST-Nutzer (Review vorhanden), keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i></p>	<p><i>Studies:</i> 24 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not described for review as a whole (eg. heterogeneity between older studies and recent ones, concerning Cytisine)</p> <p><i>Results:</i> -Cytisine vs. placebo at longest follow-up (stopped smoking): RR of 3.98 (2.01,7.87) [2 trials] -Dianicline: failed to find evidence of</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> -Multicenter: Belgien, Frankreich, Niederlande, UK, USA (1) -Ostdeutschland (1) -Polen (1) -Multicenter: Frankreich, Spanien, Belgien, Schweden, Dänemark, Norwegen (1) -USA (7) -Japan (2) -Kanada und USA (1) -Multicenter: Argentinien, Brasilien, Kanada, China, Tschechische Republik, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Italien, Korea, Mexiko, Taiwan, UK, USA [<i>mehr-</i></p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p><i>Kontrolle:</i> Placebo</p> <p><i>Ausschluss:</i> Behandlung mit Lobelin (Review vorhanden)</p>		<p><i>on:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>effectiveness, RR of 1.20 (0.82, 1.75) [1 trial] -Varenicline vs. placebo at 6 months and more (continuous abstinence): RR 2.27 (2.02, 2.55) [14 trials] -Varenicline vs. bupropion (at 1 year): RR of 1.52 (1.22, 1.88) [3 trials] -Varenicline vs. NRT (at 24 weeks): RR of 1.13 (0.94, 1.35) [2 trials] -Varenicline info: well tolerated during long-term use, adverse events like depressed mood, agitation, suicidal behavior and ideation cannot be ruled out (safety data, post-marketing)</p> <p><i>Conclusion:</i> -Increased chance of quitting through cytisine (but modest absolute quit rates in 2 recent trials) -Increased chances of successful long-term smoking cessation of varenicline at standard dose (between 2- and 3-fold compared with pharmacologically unassisted quit attempts) -Lower doses of varenicline show benefits for cessation while reducing incidence of adverse events -Varenicline more successful in terms of successful quitters than bupropion -Varenicline vs. NRT: suggestion of modest benefit of varenicline but equivalence cannot be ruled out (CIs) -Varenicline may have a role to play in relapse prevention (limited evidence)</p>	<p><i>heitlich HIC</i>] (1) -Australien (1) -Multicenter: USA, Spanien, Frankreich, Italien (1) -Multicenter: USA, Kanada, Tschechische Republik, Dänemark, Norwegen, Schweden, UK (1) -USA und Australien (1)</p> <p><i>MIC</i> -Kirgisische Republik (1) -Multicenter: Brasilien, Kolumbien, Costa Rica, Ägypten, Jordanien, Libanon, Mexiko, Saudi-Arabien, Südafrika, Vereinigte Arabische Emirate, Venezuela [<i>mehrheitlich MIC</i>] (1) -Multicenter: China, Singapur, Thailand [<i>mehrheitlich MIC: 12 Studienzentren in China und Thailand, 3 in Singapur</i>] (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In den drei MIC-Studien wurden durchweg positiv signifikante Effekte erzielt. Diese beziehen sich 1x auf die Wirkung von Cytisin im Vergleich zu Placebo und 2x auf die Wirkung von Vareniclin im Vergleich zu Placebo. Der positive Trend in den MIC-Studien bestätigt den positiven Trend im Gesamtergebnis in Bezug auf die Medikamente Cytisin und Vareniclin.</p> <p><i>LIC</i> -</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					-Adverse events / varenicline: mainly nausea (mostly mild to moderate levels, tending to subside over time), possible links with serious adverse events, including serious psychiatric or cardiovascular events cannot be ruled out -Further research needed: testing of extended regimens and more intensive behavioural support when using cytisine, efficacy of varenicline treatment beyond 12 weeks	<i>Nicht näher spezifiziert</i> -Multicenter: 15 Länder in Europa, Asien, Amerika (1) <i>Nicht zuzuordnen</i> -Taiwan und Korea [vermutlich Südkorea, dann MIC und HIC gemischt] (1)
12	Cahill, K et al.: <i>Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis</i>	Intervention: -Medikamentöse Behandlung: NRT, Antidepressiva (Bupropion, Nortriptylin), partielle Nikotin-Rezeptor-Agonisten (Vareniclin, Cytisin), Angst lösende Mittel, selektive Cannabinoid-Rezeptor-Antagonisten (Rimonabant), Clonidin, Lobelin, Dianiclin, Mecamylamin, Nicobrevin, Nikotin-Impfungen, Opioid-Antagonisten, Silberazetat -Monotherapien oder Kombinationen Kontrolle: Placebo, andere Behandlung Ausschluss: Reviews mit den Zielgruppen „Schwangere“ und „Personen mit be-	1. Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz -6 Monate und länger -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 2. Reduzierung von Entzugserscheinungen/Verlangen zu rauchen 3. Schwere UW (z. B. psychisch: Depression, Angst, Suizidgedanken, suizidales Verhalten, neurologisch: Anfälle)	Setting der Intervention: Nicht spezifiziert Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert Zielgruppe der Outcome-Messung: -Normalerweise erwachsene Raucher, jedes Geschlecht, jede Nationalität und Ethnie -Nicht alle Informationen bezüglich speziellen Populationen von Rauchern, wie Erwachsene mit psychischen Problemen, ST-Nutzer, Schwangere einbezogen Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung	Reviews: 12 reviews included Methodology and meta-analysis: -Cochrane Database of Systematic reviews (CDSR) in The Cochrane Library was searched for any reviews with “smoking” in the title, abstract or keyword fields -Last search conducted in November 2012 -Methodological quality assessed using a revised version of the AMSTAR scale -Network meta-analysis conducted for NRT, bupropion and varenicline (comparison with each other and placebo for benefit, and varenicline and bupropion for risks of serious adverse events) Heterogeneity: Not described Results: -NRT and bupropion superior to placebo: OR of 1.84 (1.71,1.99) and OR of 1.82 (1.60,2.06)	Eingeschlossene Reviews (alle in Tabelle vorhanden): -Antidepressants (Hughes, 2007) -Anxiolytics (Hughes, 2011) -CB1 receptor agonists (Cahill, 2011) -Clonidine (Gourlay, 2008) -Lobeline (Stead, 2009) -Mecamylamine (Lancaster, 2011) -Nicobrevin (Stead, 2009) -Nicotine vaccines (Hartmann-Boyce, 2012) -NRT (Stead, 2013) -Nicotine receptor partial agonists (Cahill, 2012) -Opioid antagonists (David, 2009) -Silver acetate (Lancaster, 2009)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		sonderen Erkrankungen“ (hoher Anteil anderer Interventionen als Pharmakotherapie)			<p>-Varenicline vs. placebo: OR of 2.88 (2.40,3.47)</p> <p>-Bupropion vs. NRT: OR of 0.99 (0.86,1.13) [equal efficacy]</p> <p>-Varenicline vs. single forms of NRT: OR of 1.57 (1.29,1.91)</p> <p>-Varenicline vs. bupropion: OR of 1.59 (1.29,1.96)</p> <p>-Varenicline vs. nicotine patch: OR of 1.51 (1.22,1.87) / nicotine gum: OR of 1.72 (1.38,2.13) / other NRT (inhaler, spray, tablets, lozenges): OR of 1.42 (1.12,1.79) / combination NRT: OR of 1.06 (0.75,1.48)</p> <p>-Combination NRT outperformed single formulations</p> <p>-4 categories of NRT performed similarly against each other, but “other NRT” marginally more effective than NRT gum [OR of 1.21 (1.01,1.46)]</p> <p>-Cytisine (nicotine receptor partial agonist): positive findings, RR of 3.98 (2.01,7.87) [no serious adverse events or SAEs]</p> <p>-82 excluded and included bupropion trials: estimate of 6 seizures in the bupropion arms vs. none in the placebo arms lower than expected rate (1:1000), at about 1:1500</p> <p>-SAE meta-analysis of bupropion studies: no excess of neuropsychiatric [RR of 0.88 (0.31,2.50)] or cardiovascular events [RR of 0.77 (0.37,1.59)]</p> <p>-SAE meta-analysis of varenicline studies: no difference between varenicline and placebo arms [RR of 1.06 (0.72,1.55)], subgroup analysis: no significant excess of neuro-</p>	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>psychiatric events [RR of 0.53 (0.17, 1.67)] or of cardiac events [RR of 1.26 (0.62, 2.56)]</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nortriptyline increased chances of quitting: RR of 2.03 (1.48, 2.78) -Nortriptyline and bupropion not shown to enhance effect of NRT when compared to NRT alone -Clonidine: increased chances of quitting: RR of 1.63 (1.22, 2.18) [was offset by a dose-dependent rise in adverse events] -Mecamylamine and NRT: may increase chances of quitting, but current evidence is inconclusive -Other treatments: no benefit compared to placebo -Nicotine vaccines: not yet licensed for use as aid for smoking cessation or relapse prevention -Nicobrevin: UK license revoked -Rimonabant, taranabant and daniacline: manufacturers no longer support development or testing <p><i>Conclusion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Improved chances of quitting: NRT, bupropion, varenicline and cytisine -Combination NRT and varenicline equally effective (as quitting aid) -Nortriptyline: improves chances of quitting -Current evidence: none of the treatments appear to have an incidence of adverse events that would mitigate their use -Further research warranted: safety of varenicline, cytisine's potential as effective and affordable treatment, not into efficacy and safety of NRT 	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
13	Cahill, K & Ussher, MH: <i>Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation</i>	<p>Intervention: -Medikamentöse Behandlung mit Cannabinoid-Typ-1-Rezeptor-Antagonisten (z. B. Rimonabant, Taranabant) und weiteren Medikamenten dieser Klasse in Studienphase II oder III -(möglicher) Wirkmechanismus: Wiederherstellung des Gleichgewichtszustandes im Endocannabinoid-System, welches durch langanhaltenden Nikotingebrauch gestört sein kann (Überreizung); Verringern von Gewichtszunahme bei Aufgabe des Rauchens -Anwendung der Medikamente alleine oder in Kombination mit VT oder anderer medikamentöser Behandlung</p> <p>Kontrolle: Nicht spezifiziert („randomized controlled trials“), Bsp.: Placebo</p> <p>Ausschluss: Studien mit kürzerem Follow-up als 6 Monate nach Beginn der Intervention</p>	<p>1. Rauchstatus (Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz) -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Gewichtsveränderungen in Zusammenhang mit dem Abstinenzversuch -Am Ende der medikamentösen Behandlung -Längstes Follow-up: 1 Jahr</p>	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Erwachsene Raucher, keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 3 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Where appropriate (when no significant heterogeneity, Mantel-Haenszel risk ratio and a fixed-effect model)</p> <p>Heterogeneity: Not described</p> <p>Results: <u>Rimonabant</u> -Pooled RR for quitting at 20mg at 1 year: 1.50 (1.10,2.05) [Outcome 1] -5mg dosage: no significant benefit -Adverse events: nausea, upper respiratory tract infections -Relapse prevention: smokers on 20mg regimen more likely to remain abstinent on either active regimen than on placebo RR for 20mg maintenance group: 1.29 (1.06,1.57) RR for 5mg maintenance group: 1.30 (1.06,1.59) [appeared to be no significant benefit of maintenance treatment for 5mg quitters] -Weight gain significantly lower for 20mg quitters than 5mg quitters or placebo [Outcome 2] -Overweight or obese smokers tended to lose weight, while normal weight smokers did not (during treatment) [Outcome 2] <u>Taranabant</u> -1 trial, not included in meta-analysis due to short-term follow-up: RR of 1.2 (0.6,2.5) at 8 weeks [Out-</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>-Multicenter: Belgien, Dänemark, Frankreich, Spanien, Schweden, Schweiz, UK (1) -USA (1) -Multicenter: Australien, Kanada, USA (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>come 1] -Weight gain significantly lower for 2-8mg than placebo at end of 8 weeks of treatment [Outcome 2]</p> <p>REMARK <i>In 2008, post-marketing surveillance led the European Medicines Agency (EMA) to require Sanofi Aventis to withdraw rimonabant, because of links to mental disorders. The development of taranabant was also suspended by Merck & Co because of unacceptable adverse events.</i></p> <p>Conclusion: -Rimonabant (20mg) may increase chances of quitting approximately 1 1/2 fold -Rimonabant in maintaining abstinence: inconclusive evidence -Moderating weight gain in the long term with rimonabant: possible ("may") -Moderating weight gain at least in the short term with taranabant 2-8mg: possible ("may") -Development of both medications discontinued in 2008 (see above)</p>	
14	Callinan, JE <i>et al.</i> : <i>Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption</i>	<i>Intervention:</i> -Umfassende Rauchverbote (komplettes Verbot) -Partielle Rauchverbote (Raucherlaubnis in ausgezeichneten Bereichen) -Verbote durch Gesetzgebung oder Politik veranlasst -Implementierung auf lokaler, regionaler oder	1. Passivrauchexposition bei vom Verbot Betroffenen -Biomarker -Selbstauskünfte 2. Rauchverhalten der Betroffenen -Prävalenz des	<i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert („national, regional, local level“) <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: über Fernsehen, Radio, Flyer und Schneeballverfahren) <i>Zielgruppe der Outcome-</i>	<i>Studies:</i> 50 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Not conducted, due to heterogeneity in design and content of studies, qualitative narrative synthesis <i>Heterogeneity:</i> Design and content of studies	Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus: USA (17) Schottland (8) Frankreich (1) Irland (5) Italien (4) Kanada (2) Norwegen (3)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>nationaler Ebene -Wirkmechanismus: Schutz von Angestellten und der Öffentlichkeit vor Passivrauch, potentieller Effekt auf gesellschaftliche Normen und Rauchverhalten</p> <p><i>Kontrolle:</i> Gebiete ohne Rauchverbote oder mit weniger restriktiven Richtlinien</p> <p><i>Ausschluss:</i> Keine Setting-basierten Verbote wie Arbeitsplatz</p>	<p>Tabakgebrauchs -Tabakkonsum -Rate der Aufgabe des Tabakgebrauchs</p> <p>3. Gesundheitliche Outcomes in Bezug auf Morbidität und Mortalität, z. B. Aufnahmen wegen Herzkrankheiten, Lungenfunktion</p> <p>4. Outcomes bezüglich Einstellungen Z. B. Akzeptanz des Verbots</p> <p>[Follow-up mindestens 6 Monate, Validierung durch Biomarker, wenn möglich]</p>	<p><i>Messung:</i> Raucher und Nichtraucher, die gegenüber einem umfassenden oder partiellen Rauchverbot exponiert sind</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Results:</i> -SHS (Outcome 1): consistent evidence that smoking bans reduced SHS in workplaces, restaurants, pubs and public places; greater reduction in exposure to SHS in hospitality workers than in the general population; no evidence of a difference in self-reported exposure to SHS in cars; no change in prevalence and duration of reported exposure to SHS in the home -Smoking prevalence (Outcome 2): no consistent evidence of a reduction attributable to the ban, total tobacco consumption reduced in studies where prevalence declined -Health indicators (Outcome 3): consistent evidence of a reduction in hospital admissions for cardiac events and improvements in some health indicators after the ban</p> <p><i>Conclusion:</i> -SHS: intervention leads to reduction (bigger for hospitality workers than for general population) -Smoking prevalence: limited evidence, but downward trend -Health outcomes: some evidence of improvements (eg. reductions in admissions due to acute coronary syndrome, strongest evidence) -Attitudes: increased support and compliance with smoking bans after legislation</p>	<p>Neuseeland (2) Spanien (3) England (1) Finnland (2) Schweden (1) Niederlande (1)</p>
15	Carr, AB & Ebbert, J: <i>Interventions for tobacco cessation in the</i>	<p><i>Intervention:</i> -Jede Intervention zur Förderung der Aufgabe des Tabakgebrauchs mit</p>	<p>Aufgabe des Tabakgebrauchs -Mindestens 6 Monate nach Beginn</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Praxissetting, Kombinationsformen, auch als Teil einer Gemeinde-</p>	<p><i>Studies:</i> 14 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i></p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	<i>dental setting</i>	<p>einer Komponente, die von Zahnärzten, zahnärztlichem Personal oder Büromitarbeiter in einer zahnärztlichen Praxis durchgeführt wird</p> <p>-Wirkmechanismus: Nutzung des kritischen Moments bei Zahnarztbesuch (Mundgesundheit durch Tabakgebrauch nachteilig beeinflusst)</p> <p>-Kann beinhalten: Beratung (kurz/intensiv), Selbsthilfematerialien, medikamentöse Behandlung, Kombinationen, Empfehlung für andere Art der Unterstützung</p> <p>-Interventionen in Bezug auf ST-Nutzer eingeschlossen</p> <p>-Trainingsinterventionen für Zahnarztmitarbeiter eingeschlossen</p> <p>Kontrolle: Normale Behandlung, Placebo, andere Intervention</p> <p>Ausschluss: Wenn Outcome nicht Tabakgebrauch und zeitlich unzureichendes Follow-up</p>	<p>der Intervention</p> <p>-Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p>basierten Intervention in einem Gemeindeforum, z. B. Schule</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Patienten einer oralen Behandlung, die Tabak (alle Formen, z. B. Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, ST) konsumieren; mit / ohne Intention, eine Rauchabstinenz zu erreichen; jedes Alter; keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung und Fachkräfte in Zahnarztpraxen (da auch Trainingsinterventionen berücksichtigt)</p>	<p>Where appropriate (inverse variance fixed-effect model, correction for clustering, summary of effect as OR)</p> <p>Heterogeneity: Not described</p> <p>Results: -6 studies: ST-users, 6 studies: smokers -All studies: behavioral interventions, 1 study: pharmacotherapy as intervention component -All studies included oral examination component -Pooled effect of the intervention: OR of 1.71 (1.44,2.03) [evidence of heterogeneity, all 14 studies] -Subgroup of the intervention (adult smokers in the dental setting): OR of 2.38 (1.70,3.35) [minimal heterogeneity, but post-hoc, 5 studies] -Interventions for ST users: OR of 1.70 (1.36,2.11) [5 studies]</p> <p>Conclusion: -Evidence suggests that the intervention may be effective for smoking cessation and abstinence, including ST -Behavioral counselling (typically brief) and oral examination were consistent intervention components</p>	<p>USA (11) UK (1) Japan (1) Schweden (1)</p>
16	Carson, KV et al.: <i>Community interventions for preventing smok-</i>	<p>Intervention: <u>Einschlusskriterien</u> -Richtet sich an ganze oder Teile von Gemein-</p>	<p>1. Rauchverhalten von jungen Menschen -Stärke der Verhal-</p>	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert (Bsp.: Gemeinde, Schule, Grundversorgung)</p>	<p>Studies: 25 studies included</p> <p>Meta-Analysis:</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> -UK (2)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	<p><i>ing in young people</i></p>	<p>den oder an bestimmte Regionen -Ziel: Beeinflussung des Rauchverhaltens von jungen Menschen - Mehrkomponentenintervention (z. B. Schulbasierte Programme, Medien, öffentliche Ordnung/Regeln, Initiativen auf organisationaler Ebene, Initiativen von Anbietern der Gesundheitsversorgung, sportliche Initiativen, Initiativen für Einzelhändler oder am Arbeitsplatz, Wettbewerbe und Anti-Raucher-Clubs für Jugendliche) <u>Def. Gemeinde-basierte Intervention:</u> koordinierte, weit verbreitete Programme (mehrere Komponenten) in einem bestimmten geografischen Gebiet oder ausgerichtet an einer bestimmten Zielgruppe von Menschen, die ähnliche Interessen oder Bedürfnisse haben und anti-rauchendes Verhalten unterstützen <u>Begründung für Durchführung der Intervention:</u> Entscheidung zu rauchen wird oftmals in sozialem Kontext getroffen</p>	<p>tensänderung nach der Intervention -Nachhaltigkeit der Verhaltensänderung (weniger vs. über ein Jahr) [Validierung durch Biomarker nicht spezifiziert: <i>vermutlich „wenn möglich“</i>, Follow-up nicht spezifiziert („differed between studies“)] 2. Sekundäre Outcomes wie: -Intention/Motivation zu rauchen -Einstellung zum Rauchen -Wahrnehmung zum Rauchen -Wissen zum Rauchen</p>	<p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Junge Menschen unter 25 Jahren, keine weiteren Angaben <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung und Einzelhändler (bei Interventionen für Einzelhändler), Peers oder Eltern (wenn diese bei Interventionen einbezogen werden)</p>	<p>Where possible, complemented by narrative synthesis <i>Heterogeneity:</i> Not described <i>Results:</i> -1/25 studies: reduction in short-term smoking prevalence (12 months or less) -9/25 studies: significant long-term effects -2/25 studies: significantly lower smoking rates in control population -13/25 studies: no significant difference between groups -Secondary outcomes / improvements: Intention to smoke: 6/8 studies Attitudes: 5/9 studies Perceptions: 2/6 studies Knowledge: 3/6 studies <i>Conclusion:</i> -Some evidence to support effectiveness of community interventions in reducing the uptake of smoking in young people -Evidence not strong, contains a number of methodological flaws</p>	<p>-USA (17) -Multicenter: Dänemark, Finnland, Niederlande, Spanien, Portugal, UK (1) -Australien (3) -Finnland (1) MIC -Indien (1) <u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> Die Studie aus Indien verglich eine schulbasierte Intervention mit einer verzögerten Intervention („delayed intervention control“). Man kann von einer Vergleichsgruppe ohne Intervention sprechen, weil die Intervention in der Kontrollgruppe nach der Evaluation der Interventionsgruppenintervention erfolgte. Die Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die sekundären Outcomes. Positive Trends zeigen sich bei „rules on smoking at home“, Einstellungen und Wissen. Da bei den sekundären Outcomes im Gesamtergebnis ebenfalls positive Trends vorhanden sind, ist eine gewisse Übereinstimmung gegeben. Wünschenswert wären allerdings Angaben in Bezug auf das Rauchverhalten (primäres Outcome). LIC -</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p><i>Kontrolle:</i> Normale Aktivitäten</p> <p><i>Ausschluss:</i> Einzelne Interventionen, keine Beteiligung der Gemeinde (z. B. nur schulbasiert), nur mediale Intervention</p>				
17	Carson, KV et al.: <i>Interventions for tobacco use prevention in indigenous youth</i>	<p><i>Intervention:</i> -Intervention zur Prävention der Aufnahme des Rauchens und der Fortführung des Rauchens nach ersten Versuchen in den Kategorien -Schulbasierte Informationen (z. B. Lehrheiten im Unterricht) -Mediale Kampagnen (z. B. Fernsehen, Radio, Werbeschilder, Poster) -Mehrkomponenten-Intervention (z. B. Kampagne und Lehrinheit und Event in einer Gemeinde) -Familienbasierte Interventionen (z. B. Eltern-Kind-Kommunikation, Spiele, schriftliches Material) -Öffentliche Ordnung / Strategien (z. B. Rauchverbote an öffentlichen Orten, Restriktionen für Einzelhändler) -Begründung für Durchführung der Intervention: Tabakgebrauch in indi-</p>	<p>1. Tabakgebrauch / Rauchstatus -Follow-up mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Wirkung auf Einstellungen zum Tabakgebrauch, Wissen, Entscheidungsverhalten, Ablehnungsfähigkeit u. ä.</p> <p>3. Implementierung von Prozess-Maßnahmen: Zigarettenkäufe durch Minderjährige, Reichweite der Medien u. ä.</p> <p>4. Kosten der Intervention</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: Schule, Gemeinde)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: Schule, Reservat)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Aus der indigenen Bevölkerung eines Landes: junge Menschen (25 Jahre und jünger), jedes Geschlecht, Teilnehmer einer Studie zur Aufgabe des Tabakgebrauchs, auch wenn bereits Tabak konsumiert, Auswahl nicht nach Empfänglichkeit oder Eignung bei bestimmten Zielgruppen für bestimmte Interventionen, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung, Einzelhändler (bei Restriktionen)</p>	<p><i>Studies:</i> 2 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Not conducted due to insufficient data, narrative synthesis</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not analyzed, due to insufficient numbers of included studies</p> <p><i>Results:</i> -2 included studies evaluated multi-component community-based interventions tailored to specific cultural aspects of the population, based in Native American populations -Weekly smoking at 42 months (Outcome 1) -skills-community group vs. control: RR of 0.95 (0.78,1.14) -skills-only group vs. control: RR of 0.66 (0.71,1.05) -Smokeless tobacco use at 42 weeks (Outcome 1) -skills-community group vs. control: RR of 0.93 (0.67,1.30) -skills-only group vs. control: RR of 0.57 (0.39,0.85) -1 study: positive changes for tobacco use in the intervention arm at</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus: USA (2)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>genen Bevölkerungsanteilen (Gruppen, die seit tausenden Jahren in einem Land leben) ist oftmals doppelt so hoch wie in der nicht indigenen Bevölkerung; Beginn der Nikotinabhängigkeit üblicherweise in der frühen Jugendzeit (wer mit 18 Jahren noch nicht geraucht hat, entwickelt selten eine Abhängigkeit), Rauchaufnahme bei indigenen Jugendlichen oftmals besonders früh</p> <p><i>Kontrolle:</i> Normale Aktivitäten, keine Intervention, Ko-Interventionen, Interventionen geringerer Intensität</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien über Interventionen, die auf indigene Bevölkerungen zugeschnitten sind, die methodische Schwächen haben</p>		für Einzelhändler)	<p>post-test (not maintained at 6 months) [Outcome 1]</p> <p><i>Conclusion:</i> -From the available evidence no conclusion can be drawn -Review highlights paucity of data and need for more research in this area -Smoking prevalence twice as high in Indigenous youth vs. non-Indigenous population -Methodologically rigorous trials needed to investigate interventions aimed at preventing smoking uptake by Indigenous youth and to assist in bridging the gap between tobacco-related health disparities in Indigenous and non-Indigenous populations</p>	
18	Carson, KV et al.: <i>Interventions for smoking cessation in indigenous populations</i>	<p><i>Intervention:</i> -Interventionen in 5 Kategorien -Pharmakotherapie (z. B. NRT, Bupropion, Vareniclin) -Kognitive und verhaltensbasierte Therapie (z. B. CBT, Beratung, Unter-</p>	<p>1. Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz -Follow-up mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker, wenn</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> „Indigenous settings“</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: Gemeinde)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i></p>	<p><i>Studies:</i> 4 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Qualitative narrative synthesis, in addition to meta-analysis where appropriate (fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i></p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus: Neuseeland (2) Australien (1) USA (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>stützung, Selbsthilfese-minare, Motivationsvor-träge)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alternative Therapien (z. B. Akupunktur, Hypno-therapie, Aversionsthe-rapie) -Öffentliche Ordnung / Strategien (z. B. gesetzli-che Interventionen, me-diale Kampagnen, ge-meindebasierte Interven-tionen) -Kombinationen (min-destens 2 aus den 4 Kategorien) -Begründung für Durch-führung der Intervention: Tabakgebrauch in indi-genen Bevölkerungsan-teilen (Gruppen, die seit tausenden Jahren in einem Land leben) ist oftmals doppelt so hoch wie in der nicht indigenen Bevölkerung -Kein Ausschluss von Studien mit hohen Schwundraten (aber Dokumentation und Dis-kussion) <p><i>Kontrolle:</i> Normale Behandlung, keine Intervention, Pla-cebo, Co-Interventionen (Intervention in Interven-tions- und Kontrollarm wie Beratung zum Alko-holverzicht), reduzierte</p>	<p>möglich</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. UW 3. Mortalität 4. Kosten der Inter-vention 5. Veränderungen der Lebensqualität (z. B. nach SF-36) 6. Veränderungen der Lungenfunktion 7. Veränderungen der Einstellung (z. B. Bereitschaft zur Abstinenz) 8. Veränderungen im Wissen (z. B. ge-sundheitliche Aus-wirkungen des Rauchens) 9. Veränderungen in Bezug auf die kör-perliche Verfassung (z. B. 6MWD) 	<p>Aus der indigenen Bevöl-kerung eines Landes: junge Menschen und Erwachsene, jedes Alter, jedes Geschlecht, aktive Raucher, Teilnehmer einer Studie zur Aufgabe des Tabakgebrauchs, Schwangere einge-schlossen, indigene Subpopulationen in grö-ßeren Studien einge-schlossen, keine weite-ren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Interventi-on:</i> Wie Zielgruppe der Out-come-Messung</p>	<p>Eg. different pharmacotherapies, different intensities of behavioral interventions</p> <p><i>Results:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -2/4 studies: combination therapies of pharmacotherapy and cognitive and behavioral therapies -2/4 studies: cognitive and behav-ioral therapies (counselling), 1 study via text message support, 1 study via clinical doctors trained in smok-ing cessation techniques -Pooled RR of all studies: 1.43 (1.03,1.98) [Outcome 1] -RR after sensitivity analysis: 1.33 (0.95,1.85) [statistically non-significant, but clinically significant effect in favor of the intervention] <p><i>Conclusion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Indigenous populations are over-represented in the burden of smok-ing related morbidity and mortality -Paucity of evidence available to evaluate the effectiveness of smok-ing cessation interventions in Indig-enous populations is highlighted in this review -External validity and ability to draw reliable conclusions from this re-view's results are limited (lack of published investigations) -Available evidence suggests that specifically targeted smoking cessa-tion interventions can be successful in Indigenous populations -More rigorous trials are required 	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>Interventionen (kurze Beratung: niedrigere Intensität als Interventionsarm)</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien mit einem Follow-up von weniger als 6 Monaten</p>				
19	Carson, KV et al.: <i>Training health professionals in smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Schulung von Fachleuten der Gesundheitsversorgung in Methoden zur Raucherentwöhnung bei Patienten -Begründung für Durchführung der Intervention: Evidenz für Anstieg von Versuchen der Aufgabe des Tabakgebrauchs durch kurze Interventionen durch Fachleute der Gesundheitsversorgung -Aufforderungen und Erinnerungen zur Schulung evaluiert</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Schulung (formale Randomisierung)</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien mit historischen Kontrollen</p>	<p>1. Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Prozessvariablen (Z. B. Anzahl von Rauchern, die zu einem Rauchstopp aufgefordert wurden, die einen Folgetermin erhielten, die eine Beratung erhielten, die Selbsthilfematerialien erhielten)</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Zahnmedizinisches Setting, Klinik für medizinische Grundversorgung, „Health Maintenance Organisation“ (HMO), medizinisches Zentrum, „Veterans Affairs Medical Centre“ (VAMC), Apotheke</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Allgemeinarzt, Zahnarzt, Ambulanz, Notaufnahme, Wartezimmer (Patienten)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Fachleute der Gesundheitsversorgung</p>	<p><i>Studies:</i> 17 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where possible, and reported in narrative synthesis in text and table</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Eg. differing characteristics of clinics, practices and medical surgeries, differences in intervention characteristics and measurement tools used to assess outcomes</p> <p><i>Results:</i> -13/17 studies: no evidence of an effect for continuous smoking²⁵⁸ abstinence following the intervention -Point prevalence of smoking (14 studies): statistically and clinically significant effect in favor of the intervention (meta-analysis) [OR of 1.36 (1.20,1.55)] -Meta-analysis of 8 studies, continuous abstinence: OR of 1.60 (1.26,2.03) -Trained healthcare professionals more likely to perform tasks of smoking cessation than untrained</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> USA (11) Schweiz (1) UK (2) Deutschland (1) Kanada (1) Taiwan/China (1)</p>

²⁵⁸ Das widerspricht dem Ergebnis von acht Studien zu „continuous abstinence“ zwei Spiegelstriche weiter unten und der Schlussfolgerung der Autoren [d. Verf.].

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>controls: asking patients to set a quit date, make follow-up appointments, counselling of smokers, provision of self-help material, prescription of a quit date</p> <p>-No evidence of effect for provision of NRT</p> <p><i>Conclusion:</i></p> <p>-Measurable effect of training health professionals to provide smoking cessation interventions on point prevalence of smoking, continuous abstinence and professional performance</p> <p>-No effect for provision of NRT detected</p>	
20	Chamberlain, O et al.: <i>Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy</i>	<p><i>Intervention:</i></p> <p>-Beratung: verschiedene Strategien wie MI, CBT oder Psychotherapie; persönlich, telefonisch, über Computerprogramme, über audiovisuelle Technik; kurz bis intensiv; durch Experten der Schwangerenvorsorge, Berater und andere</p> <p>-Gesundheitliche Aufklärung: Informationsbereitstellung über Risiken des Rauchens und Anraten einer Entwöhnung, aber keine weitere Unterstützung zur Umsetzung, Interventionen ohne persönlichen Kontakt wie Selbsthilfe-Handbücher und automatische Benachrichtigungen über</p>	<p>1. Rauchabstinenz</p> <p>-In der späten Schwangerschaft</p> <p>-Validierung durch Biomarker, wenn möglich [<i>dies auch bei anderen Outcomes</i>]</p> <p>2. Rauchabstinenz nach der Geburt</p> <p>3. Reduktion im Tabakgebrauch: 1. vorgeburtliche Untersuchung bis späte Schwangerschaft</p> <p>4.</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i></p> <p>Jedes Setting („any“): z. B. am Wohnsitz, Gemeinde, Kliniken und Krankenhäuser</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i></p> <p>Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i></p> <p>Schwangere die rauchen oder kürzlich mit dem Rauchen aufgehört haben, Frauen die rauchen oder kürzlich mit dem Rauchen aufgehört haben und vor einer Schwangerschaft Beratung suchen</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i></p>	<p><i>Studies:</i></p> <p>86 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i></p> <p>Comparison analysis and forest plots generated in RevMan, meta-regressions and other subgroup analysis conducted in SPSS</p> <p><i>Heterogeneity:</i></p> <p>Expected in breadth of types of interventions, categorized as “psychosocial”, comparisons, distinction between statistical and clinical heterogeneity</p> <p><i>Results:</i></p> <p><u>Counselling interventions</u></p> <p>-Vs. usual care: RR of 1.44 (1.19, 1.75) – 27 studies</p> <p>-Vs. less intensive interventions: RR of 1.35 (1.00, 1.82) – 16 studies</p> <p>-Significant effect only for counsel-</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i></p> <p>USA (57)</p> <p>England (1)</p> <p>Neuseeland (2)</p> <p>Australien (5)</p> <p>UK (11)</p> <p>Norwegen (3)</p> <p>Niederlande (1)</p> <p>Schweden (1)</p> <p>Kanada (1)</p> <p>Polen (1)</p> <p>Irland (1)</p> <p>Spanien (1)</p> <p><i>MIC</i></p> <p>Multicenter Lateinamerika: Argentinien, Brasilien, Kuba, Mexiko (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u></p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>SMS</p> <p>-Feedback: Informationen über fetalen Gesundheitszustand oder über Stand der Messungen der Nebenprodukte des Tabakgebrauchs an die Mutter (z. B. Ultraschall, Biomarker wie Cotinin-Gehalt im Urin)</p> <p>-Anreizbasierte Interventionen: Belohnung der Aufgabe des Tabakgebrauchs bei Müttern (finanzielle Anreize, Gutscheine)</p> <p>-Soziale Unterstützung: durch Gleichgestellte oder Partner zur Aufgabe des Tabakkonsums</p> <p>-Andere: z. B. Bewegung, Disseminationsstudien (zur Verbreitung von Interventionen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs in der Schwangerenversorgung)</p> <p>[mögliche Interventionsarten: kombiniert oder einzeln, auch zugeschnittene Interventionen]</p> <p>Begründung für Durchführung der Intervention:</p> <p>-Rauchen in der Schwangerschaft ist eine der wenigen vermeidbaren Ursachen von Komplikationen, Totgeburten,</p>	<p>Perinatale Outcomes wie Geburtsgewicht, Frühgeburten, Totgeburten</p> <p>5. Art der Geburt</p> <p>6. Stillbeginn und Stillen nach 3 bis 6 Monaten nach der Geburt</p> <p>7. Psychische Auswirkungen wie Angst oder Depression bei der Mutter</p> <p>8. Familiäre und andere Beziehungen in der späten Schwangerschaft und nach der Geburt</p> <p>9. Beurteilung der Intervention durch Mütter und Anbieter der Schwangerenversorgung</p> <p>10. Wissen, Verhalten, Einstellungen von Experten in der Gesundheits- /</p>	<p>Wie Zielgruppe der Outcome-Messung und Experten der Gesundheitsversorgung in Studien über Umsetzungsstrategien von psychosozialen Interventionen zur Unterstützung der Raucherentwöhnung bei schwangeren Frauen</p>	<p>ling in combination with other strategies, not clear whether 1 method of counselling more effective than the other</p> <p>-Vs. usual care: RR of 1.06 (0.93,1.21) [Outcome: prevention of smoking relapse among women who had stopped smoking spontaneously in early pregnancy, 8 studies], smoking abstinence at</p> <p>-0 to 5 months postpartum: RR of 1.76 (1.05,2.95)</p> <p>-6 to 11 months postpartum: RR of 1.33 (1.00,1.77)</p> <p>-12 to 17 months postpartum: RR of 2.20 (1.23,3.96) [no significant effect in the longer term, other comparisons: effect not significantly different from the null effect for most secondary outcomes, but small sample sizes]</p> <p><u>Incentive-based interventions</u></p> <p>-Vs. less intensive intervention: RR of 3.64 (1.84,7.23) – 1 study</p> <p>-Vs. alternative intervention: RR of 4.05 (1.48,11.11) – 1 study [largest effect size]</p> <p><u>Feedback interventions</u></p> <p>-Vs. usual care and provided in conjunction with other strategies such as counselling: RR of 4.39 (1.89,10.21) – 2 studies</p> <p>-Vs. less intensive intervention: RR of 1.19 (0.45,3.12) – 2 studies</p> <p><u>Health education</u></p> <p>-Vs. usual care: RR of 1.51 (0.64,3.59) – 3 studies</p> <p>-Vs. less intensive interventions: RR of 1.50 (0.97,2.31) – 2 studies</p> <p><u>Social support</u></p>	<p>Bei der Intervention aus der MIC-Studie handelt es sich um eine Mehrkomponentenintervention zur Förderung der Müttergesundheit. Die hier untersuchte Komponente ist soziale Unterstützung. Dies umfasst z. B. Hausbesuche, gesundheitliche Aufklärung, Aufklärungsmaterial oder Zugang zu einer Hotline. Die Kontrollen sind zwei Mal normale Versorgung und zwei Mal nicht spezifiziert („vs. control“). In allen Untersuchungsvariationen wurde ein positiver Trend festgestellt, wobei zwei Mal die SMD als Indikator des Effekts genutzt wurde. Da die Durchführer der Intervention speziell geschulte Sozialarbeiter oder Krankenpfleger für Geburtshilfe waren und die Definition von „peers“ Fachkräfte der Gesundheitsversorgung umfasst, ist eine Übereinstimmung mit dem Gesamtergebnis (positiver Trend) festzustellen.</p> <p>LIC</p> <p>-</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>niedrigem Geburtsgewicht und Frühgeburten -Rauchen in der Schwangerschaft hat ernsthafte und langfristige Auswirkungen auf Mutter und Kind -Rauchen in der Schwangerschaft sinkt in Ländern mit hohem Einkommen, korreliert stark mit Armut und steigt an in LMIC</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention/normale Behandlung, niedrigere Intensität der Intervention, andere Intervention</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien zur Reduktion des Gebrauchs von rauchlosem Tabak, Studien zur Reduktion der Rauchexposition, Studien mit anderer Zielpopulation (primär) als schwangere Frauen, Outcome nicht Raucherentwöhnung während der Schwangerschaft (z. B. nachgeburtliche Interventionen)</p>	<p>Schwangerenversorgung gegenüber der Intervention</p> <p>11. Kosteneffektivität</p> <p>12. UW</p>		<p>-When provided by peers: RR of 1.49 (1.01,2.19) – 5 studies -Unclear effect when provided by partners – 1 study [Mixed effects where the smoking interventions were provided as part of broader interventions to improve maternal health, rather than targeted smoking cessation interventions] <u>Subgroup analysis</u> (refers to primary outcome, if not stated otherwise) -largest pooled effect size for trials where comparison group received usual care: RR of 1.34 (1.25,1.44) -lower effect size when comparison group received less intensive intervention: RR of 1.20 (1.08,1.31) -effect size when comparison group received alternative interventions: RR of 1.26 (0.98,1.53) -more recent studies: lower effect size than previous versions [RR of 1.26 (1.00,1.59) vs. 1.50 (1.30,1.73)] -effect sizes similar for biochemically validated abstinence vs. self-report: RR of 1.43 (1.22,1.67); 1.48 (1.17,1.87) -trials implemented by researchers vs. routine pregnancy staff: no significant difference [but unclear effect in 3 dissemination studies of counselling interventions with focus on the intervention at organizational level: RR of 0.96 (0.37,2.50)] -interventions for women with predominantly low SES vs. other women: RR of 1.41 (1.19,1.66) vs. 1.47 (1.21,1.79) -unclear effect of interventions in</p>	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>ethnic minority groups: RR of 1.08 (0.83,1.40) and aboriginal women: RR of 0.40 (0.06,2.67)</p> <p>-18% reduction in preterm births and infants born with low birth weight for women who received psychosocial interventions: RR of 0.82 (0.70,0.96) and 0.82 (0.71,0.94)</p> <p>-adverse side effects: did not appear, improvement of women's psychological wellbeing in 3 studies</p> <p><i>Conclusion:</i> Psychosocial interventions can be effective in increasing the proportion of women who stop smoking in late pregnancy, and in reducing low birthweight and preterm births</p>	
21	Civiljak, M et al.: <i>Internet-based interventions for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Internet-basierte Interventionen in allen Settings und von allen Anbietern -Kein Ausschluss bezüglich Methode und Dauer der Intervention -Internet-basierte Intervention als Zusatz zu VT oder medikamentöser Behandlung, wenn Internet-Komponente getestet -Interaktive, zugeschnittene, nicht-interaktive Formen zugelassen -Begründung für Durchführung der Intervention: in vielen Teilen der Erde stellt das Internet einen unverzichtbaren Bestandteil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aufgabe des Tabakkonsums/Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung (wenn unter 6 Monate: narrativ berichtet, wenn unter 4 Wochen: ausgeschlossen) -Validierung durch Biomarker, wenn möglich <ol style="list-style-type: none"> 2. Zufriedenheitsraten der Nutzer (bezüglich Intervention) 	<p><i>Setting der Intervention:</i> Alle („all settings“)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Web-basiert, Presse, Plakate, Fernsehen, Flyer, Settings der Gesundheitsversorgung</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher, die an Internet-basierten Interventionen zur Raucherentwöhnung teilgenommen haben (keine Einschränkungen bezüglich Alter, Geschlecht, Ethnizität, Sprache, Gesundheitsstatus); Studien, die sich auf Jugendliche als allei-</p>	<p><i>Studies:</i> 28 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Limited, because of clinical and statistical heterogeneity (sub-group analysis, Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Clinical, statistical, methodological; differences in characteristics of interventions: eg. content, intensity, number of sessions, duration of contact time</p> <p><i>Results:</i> -Pooled RR from 3 trials (interactive and individually tailored interventions vs. usual care / written self-help): RR of 1.48 (1.11,2.78) [post-</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> USA (10) Norwegen (3) Niederlande (4) Schweiz (1) Deutschland (1) UK (2)</p> <p><i>Nicht spezifiziert</i> -McKay, 2008 [„Location: Web“, vermutlich USA] (1) -Muñoz, 2006 Study 3 / 74 countries (1) -Muñoz, 2006 Study 4 / 74 countries (1) -Muñoz, 2009 / 68 countries (1) -Rabius, 2008 [„Location: Web“, vermutlich USA] (1) -Stoddard, 2008 [„Location:</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>teil des Alltagslebens dar und bietet die Möglichkeit der Einflussnahme auf Verhaltensweisen wie Tabakgebrauch</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention, andere Intervention (z. B. Selbsthilfematerial)</p> <p><i>Ausschluss:</i> Internet als Rekrutierungsinstrument (vs. Medium für die Intervention), Internet als Erinnerungsinstrument für andere Interventionsformen wie persönlicher Kontakt, Handy-basierte Interventionen (Review vorhanden)</p>		<p>nige Zielgruppe beziehen, werden getrennt bewertet (unterschiedliche Bedürfnisse gegenüber der Allgemeinbevölkerung)</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>hoc subgroup, high risk of bias, high statistical heterogeneity]</p> <p>-Pooled RR from 2 studies (interactive, tailored intervention, involving Internet and automated phone-contacts): RR of 2.05, (1.42,2.97)</p> <p>-No significant effect: 1 trial of interactive, non-tailored intervention vs. control; 1 trial of non-interactive, non-tailored intervention vs. control; 3 trials of Internet-based intervention vs. face-to-face- or telephone-counselling; 2 trials of Internet-based interventions as adjuncts to other behavioural interventions; 1 trial in college students (increased point prevalence after 30 weeks, but no effect on sustained abstinence); 2 small trials in adolescents</p> <p>-Comparing different Internet sites or programmes: 3 trials of tailored and/or interactive Internet programmes vs. non-tailored, non-interactive Internet programmes (RR of 1.12 [0.95,1.32]), 1 trial of tailored email vs. non-tailored (evidence of benefit), 1 trial of tailored message vs. non-tailored message (no evidence of an effect), 3 trials included a mood management component (failed to detect a benefit), including a bulletin board failed to detect a benefit</p> <p><i>Conclusion:</i> -Suggestion of results: some Internet-based interventions can assist smoking cessation at 6 months or longer, particularly those which are interactive and tailored to individuals</p>	<p>Web“, <i>vermutlich USA</i>] (1)</p> <p>-Swartz, 2006 [„Location: Internet“, <i>vermutlich USA</i>] (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					-Trials of internet interventions vs. usual care or self-help: no consistent effects and risk of bias -Further research needed: optimization of interventions which promise most effect, such as tailoring and interactivity	
22	Coleman, T et al.: <i>Pharmacological Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy</i>	<i>Intervention:</i> -Medikamentöse Behandlung zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums: z. B. NRT, Vareniclin, Bupropion (Medikamente, die bei nicht Schwangeren als wirksam attestiert wurden); auch Medikamente, die noch nicht als wirksam attestiert wurden -Begründung für die Durchführung des Reviews: Rauchen in der Schwangerschaft ist bedeutendes Problem in Public Health, Effekte von medikamentöser Behandlung bei Schwangeren noch nicht bekannt („efficacy and safety“: vermutlich [auch] Wirksamkeit / Effektivität gemeint), Vorbehalt: möglicher Schaden des Fötus durch die Behandlung (ungenügende Studien für Bupropion und Vareniclin, schädlicher Effekt von Nikotin ist untersucht, Expertenkonsens: NRT-Gebrauch in	1. Rauchabstinenz -In der späten Schwangerschaft, Fortsetzung, wenn möglich -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 2. Sicherheit (z. B. Fehlgeburten, Abtreibungen, Totgeburten, Geburtsgewicht) 3. Adhärenz 4. Unbedeutende Nebenwirkungen 4. Berichtete langfristige Effekte	<i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Schwangere, die rauchen; keine weiteren Angaben <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung	<i>Studies:</i> 6 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Where possible (random-effects meta-analysis) <i>Heterogeneity:</i> Not specified <i>Results:</i> -No trials of varenicline or bupropion -NRT: no statistical effect on smoking cessation in later pregnancy, RR of 1.33 (0.93, 1.91) [6 studies, Outcome 1] -Influence of trial design on cessation outcomes: -placebo RCT's: RR of 1.20 (0.93, 1.01) [4 studies] -non-placebo RCT's: RR of 7.81 (1.51, 40.35) [2 studies] -Outcome 2 (rates of miscarriage, stillbirth, premature birth, birthweight, low birthweight, admissions to neonatal intensive care or neonatal death): no statistically significant differences between NRT or control groups <i>Conclusion:</i> -Only NRT has been tested in RCT's of pharmacological interven-	Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus: England (1) Australien (1) Kanada (1) USA (2) Dänemark (1)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>der Schwangerschaft sicherer als Tabakgebrauch)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo (mit/ohne verhaltensbasierter Unterstützung in beiden Armen), keine Intervention (verhaltensbasierte Unterstützung vs. verhaltensbasierte Unterstützung mit Pharmakotherapie), Parallel- oder Cluster-randomisierte Studien [verhaltensbasierte Unterstützung in beiden Armen sollte möglichst ähnlich sein]</p> <p><i>Ausschluss:</i> Quasi-randomisierte-, Cross-over- und Within-Participant-Designs (wg. Bias-Risiko)</p>			<p>tions conducted in pregnancy: insufficient evidence to determine whether NRT is effective and safe in promoting smoking cessation in pregnancy and to determine whether or not using NRT has positive or negative impacts on birth outcomes</p> <p>-Further research needed: placebo-controlled RCT's on higher doses of NRT than in present studies (efficacy and safety)</p>	
23	Coppo, A et al.: <i>School policies for preventing smoking among young people</i>	<p><i>Intervention:</i> -Schriftlich verfasste Bestimmungen über Zulassung des Tabakgebrauchs innerhalb und außerhalb des Schulgebäudes (partielle Verbote, Verbote in Innenräumen und umfassende Verbote) -Umfassende Regelungen, die auch Drogen- und Alkoholgebrauch betreffen eingeschlossen, wenn Tabak-Outcomes</p>	<p>1. Rauchprävalenz bei Schülern -Längst mögliches Follow-up -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Tabakgebrauch von Lehrern, Mitarbeitern der Schule und Schülern (Wahrnehmung bei ande-</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Schulen</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Schüler in Grund- und weiterführenden Schulen (10 bis 18 Jahre), keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i></p>	<p><i>Studies:</i> 1 study included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Not conducted due to limited quality of studies, narrative synthesis</p> <p>Heterogeneity: Exposure definitions</p> <p><i>Results:</i> -1 study included (high risk of bias): no differences in smoking prevalence between intervention school (tobacco policy, environmental</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> -</p> <p><i>MIC</i> China (1) [Einzig eingeschlossene Studie]</p> <p><i>LIC</i> -</p> <p>Beobachtungsstudien (nicht eingeschlossen) stammen aus:</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		berichtet werden -STP als Teil eines Rauchpräventionsprogramms nur, wenn Effekt des STPs unterscheidbar -Einschluss von Studien in denen stärkere mit schwächeren Regelungen verglichen werden -Begründung für die Durchführung der Intervention: Evidenz für den Einfluss der Schulumgebung auf das Rauchverhalten von jungen Menschen, Intervention ist kostengünstig, einfach in der Durchführung und hat eine große Reichweite <i>Kontrolle:</i> Andere Intensität der Intervention, keine Intervention <i>Ausschluss:</i> Querschnittstudien (wenn keine Evidenz höherer Qualität Beschreibung der Ergebnisse und Hypothesengenerierung)	ren Schülern) 3. Compliance mit den Regelungen bei Lehrern, Mitarbeitern und Schülern 4. Tabakrauchexposition (ETS)	Wie Zielgruppe der Outcome-Messung, Lehrer und Mitarbeiter in Bezug auf sekundäre Outcomes	changes, communication activities) vs. control (no intervention) at 1-year follow-up -24 observational studies for hypothesis generation -schools with formal STPs (school tobacco policies) vs. schools without policies: most studies reported no differences in student's smoking prevalence -schools with highly enforced policies (smoking bans extended to outdoor spaces, involving teachers, including sanctions for transgressions, assistance to quit for smokers, support by prevention programmes) vs. schools adopting weaker or no policies: majority of studies reported no significant difference in smoking prevalence <i>Conclusion:</i> -No evidence to support STPs found (despite comprehensive literature search, rigorous study evaluation) -Absence of reliable evidence is a public health concern -Well-designed RCTs or quasi-experimental studies are needed	USA (5) Kanada (7) Australien (2) Neuseeland (1) USA und Australien (1) Spanien (1) Süd-Taiwan (1) UK (2) Deutschland (1) Schweden (1) Indien (1) Norwegen (1) [wurden zur Hypothesenbildung genutzt]
24	David, SP et al.: <i>Opioid antagonists for smoking cessation</i>	<i>Intervention:</i> -Medikamentöse Behandlung mit Opioid-Antagonisten wie Naltrexon, Naloxon oder Buprenorphin (mit/ohne begleitende NRT) -(möglicher) Wirkmechanismus: Dämpfung der	1. Rauchabstinenz -Follow-up mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker, wenn möglich	<i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: Aushang in Universität) <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i>	<i>Studies:</i> 8 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect model) <i>Heterogeneity:</i> Not specified	Studien stammen aus: <i>HIC</i> USA (7) <i>MIC</i> Brasilien (1) <u>Vergleich Gesamtergebnis und</u>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>belohnenden Wirkung des Tabakgebrauchs</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo, andere Therapie</p> <p><i>Ausschluss:</i> 3 Studien ohne langfristiges Follow-up (da Einschluss in kurzfristige Analyse kein Einfluss auf Ergebnis)</p>	<p>2. Rauchabstinenz -Am Ende der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>3. UW</p> <p>4. -Entzugssymptome -Sucht-verstärkende Effekte - Stimmungszustände -beliebiges Rauchen (u. a.)</p>	<p>Erwachsene Raucher, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Results:</i> -Naltrexone vs. placebo: RR of 1.00 (0.66,1.51) [5 trials, Outcome 1] -Naltrexone and NRT vs. placebo and NRT: RR of 0.95 (0.70,1.30) [4 trials, Outcome 1] -Effect when all trials pooled: RR of 0.97 (0.76,1.24) -No evidence of effect at end of treatment (Outcome 2) [No abstinence outcomes in trials of Naloxone or Buprenorphine]</p> <p><i>Conclusion:</i> -No evidence of an effect of naltrexone alone or as an adjunct to NRT on long-term smoking abstinence (point estimate strongly suggesting no effect, confidence intervals make a clinically important effect of treatment unlikely) -Further trials might narrow the confidence intervals, but they are unlikely to be a good use of resources</p>	<p><u>Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In der Studie aus Brasilien wurde Naltrexon mit Placebo langfristig (Follow-up: 6 Monate) und kurzfristig (Follow-up: 12 Wochen) im Hinblick auf das Erreichen einer Rauchabstinenz verglichen. Beide Ergebnisse sind positiv, aber nicht signifikant. Eine gewisse Übereinstimmung von Gesamt- und Einzelergebnis ist festzustellen, weil in beiden die Ergebnisse im nicht signifikanten Bereich liegen. Allerdings weichen die Effektschätzer voneinander ab, da sie einmal im negativen und einmal im positiven Bereich liegen.</p> <p>LIC -</p>
25	Ebbert, J et al.: <i>Interventions for smokeless tobacco use cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Pharmakologische Interventionen (Bsp.: NRT, Bupropion, Vareniclin) -Verhaltensbasierte Interventionen -Kann an Individuen oder Gruppen (z. B. beim Zahnarzt, Schule, Arbeitsplatz) gerichtet sein -Begründung für die Durchführung der Intervention: ST-Gebrauch kann zu Nikotinabhän-</p>	<p>Abstinenz in Bezug auf jegliche Tabakprodukte oder in Bezug auf ST-Produkte -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Nutzer von rauchlosem Tabak (ST: Platzierung im Mund, ohne Verbrennung), wie Schnupftabak, Kautabak, schwedischer Snus (Oraltabak), indi-</p>	<p><i>Studies:</i> 25 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> For subgroups of trials (Mantel-Haenszel fixed-effect method)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Statistical heterogeneity among 14 trials of behavioural interventions, could not be explained by design</p> <p><i>Results:</i> Pharmacological interventions</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (24) Norwegen und Schweden (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>gigkeit und gesundheitlichen Problemen wie Parodontose, Krebs, zerebrovaskulären und kardiovaskulären Krankheiten führen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Normale Versorgung, Placebo, andere Intervention (geringere Intensität)</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien mit kurzem Follow-up (weniger als 6 Monate), Studien ohne Outcome „Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs“</p>		<p>sche Produkte (z. B. Gutkha)</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>-Varenicline / 1 trial: OR of 1.6 (1.08,2.36) -Bupropion / 2 trials: OR of 0.86 (0.47,1.57) -NRT (patch, gum, lozenges): OR of 1.14 (0.91,1.42)</p> <p><u>Behavioural interventions</u> -Most trials: included either telephone counselling or oral examination and feedback about any ST induced mucosal changes, or both -Including telephone counselling vs. less contact: some evidence of benefit (post-hoc subgroup) -Interactive vs. static website: positive effect in 1 trial</p> <p><i>Conclusion:</i> -Possible effect of varenicline and behavioral interventions in helping ST-users to quit -Telephone counselling or oral examinations as components in behavioral interventions are likely to increase abstinence rates</p>	
26	Gourlay, SG et al.: <i>Clonidine for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Medikamentöse Behandlung mit Clonidin (oral oder transdermal), maximale tägliche Dosierung $\geq 0,2\text{mg}$ -(möglicher) Wirkmechanismus: Reduzierung von Entzugssymptomen bei Suchtverhalten, u. a. Tabakgebrauch (Wirkung auf das zentrale Nervensystem, Clonidin wird normalerweise zur Senkung von Bluthochdruck</p>	<p>Aufgabe des Tabakkonsums/Rauchabstinenz -Mindestens 12 Wochen nach Ende der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Gemeinde, Krankenhaus</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher (jeder), keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Studies:</i> 6 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not specified</p> <p><i>Results:</i> -Pooled RR for benefit of clonidine vs. placebo: 1.63 (1.22,2.18) [statistically significant effect in 1 of 6 trials, 3 trials of oral and 3 trials of</p>	(Studien sind in Hinblick auf Ort der Durchführung nicht beschrieben)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		verwendet) <i>Kontrolle:</i> Placebo <i>Ausschluss:</i> Kurzes Follow-up			transdermal clonidine, form of behavioral counselling offered to all participants in 5 of 6 trials] -High incidence of side effects (dose-dependent), particularly dry mouth and sedation <i>Conclusion:</i> -Clonidine is effective in promoting smoking cessation, based on a small number of trials with potential sources of bias -Prominent side effects weaken usefulness of clonidine for smoking cessation (might be useful for people who are not helped by NRT or antidepressants)	
27	Hajek, P & Stead, LF: <i>Aversive smoking for smoking cessation</i>	<i>Intervention:</i> -Jede Form der nicht-medikamentösen Aversionsbehandlung -Wirkmechanismus: Kombinieren des als angenehm empfundenen Reizes durch Rauchen mit einem unangenehmen Reiz (Ziel: das Verlangen zu rauchen stoppen) <i>Kontrolle:</i> Alternative Behandlung („attention placebo“: z. B. Film über Gefahren des Rauchens mit Diskussion), Aversionsbehandlung anderer Intensität <i>Ausschluss:</i> Studien mit kurzem	Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich	<i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher, keine weiteren Angaben <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung	<i>Studies:</i> 25 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect model) <i>Heterogeneity:</i> Not specified <i>Results:</i> -Rapid smoking vs. control: OR of 2.01 (1.36,2.95) [12 trials, methodological problems] -Other aversion methods: OR of 1.15 (0.73,1.82) [9 trials] -Dose-response to level of aversive stimulation: OR of 1.67 (0.99,2.81) <i>Conclusion:</i> -Insufficient evidence to determine efficacy of rapid smoking and dose-response to aversive stimulation	(Studien sind in Hinblick auf Ort der Durchführung nicht beschrieben)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		Follow-up (weniger als 6 Monate)			-Lack of specific efficacy in milder versions of aversive smoking -Rapid smoking is an unproven method, indications of promise warrant evaluation with rigorous methodology	
28	Hajek, P et al.: <i>Relapse prevention interventions for smoking cessation</i>	<p>Intervention: -Verhaltensbasierte Interventionen wie Gruppensitzungen, persönliche Treffen, schriftliche und andere Materialien, proaktive und reaktive telefonische Unterstützung -Pharmakologische Interventionen -Ziel: Prävention von Rückfällen -Begründung für die Durchführung der Intervention: hohe Anzahl an Personen, die das Rauchen erfolgreich aufgegeben haben und Rückfälle erleiden</p> <p>Kontrolle: Keine Intervention, kurze Intervention, andere Intervention (nicht zur Rückfallvermeidung)</p> <p>Ausschluss: Studien mit kurzem Follow-up (weniger als 6 Monate)</p>	Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Randomisierung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert (Bsp.: „Cessation clinic“)</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: -Ex-Raucher, die die Raucherentwöhnung alleine durchgeführt haben -Raucher, die eine notgedrungene Raucherentwöhnung durchlaufen haben (mit/ohne Intention zu einer dauerhaften Rauchabstinenz) -Raucher in Behandlungsprogrammen zur Begleitung einer ersten Raucherentwöhnung</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 63 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Pooling of risk ratios (Mantel-Haenszel fixed-effect method)</p> <p>Heterogeneity: In terms of populations and interventions</p> <p>Results: <u>Behavioral interventions (abstainers)</u> -no benefit of brief and 'skills-based' relapse prevention methods for women who had quit smoking because of pregnancy, or for smokers undergoing a period of enforced abstinence during hospitalisation or military training -no significant effect detected in trials in unselected groups of smokers who had quit on their own or through a formal programme (<u>smokers before their quit date, additional relapse prevention components</u>) -no evidence of benefit of behavioral interventions or combined behavioral and pharmacotherapeutic interventions -overall trend: skills-training thought to be needed for relapse</p>	Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus: Spanien (1) Australien (2) USA (48) Deutschland (4) UK (2) Japan (1) Belgien (2) Kanada (1) Multicenter: Australien, Kanada, USA (1) Niederlande (1)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>avoidance did not reduce relapse (but most studies did not use experimental designs best suited to the task, and had limited power to detect expected small differences between interventions)</p> <p><u>Pharmacological interventions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -varenicline (extended treatment): significant reduction in relapse in 1 trial [RR of 1.18 (1.03,1.36)] -bupropion (extended treatment, 6 studies): no significant effect [RR of 1.15 (0.98,1.35)] -oral NRT, 2 small studies: no significant effect (but treatment compliance was low, and in 2 other trials of oral NRT in which short-term abstainers were randomly assigned, a significant effect of intervention was noted) <p><i>Conclusion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Insufficient evidence to support use of any specific behavioral intervention to help smokers who have successfully quit for a short time to avoid relapse (mostly concerning interventions focused on identifying and resolving tempting situations, as most studies were concerned with these) -Little research available on other behavioral approaches -Relapse may be prevented by extended treatment with varenicline -Unlikely to have clinically important effect: bupropion -Further research needed: studies of extended treatment with NRT 	
29	Hartmann-	<i>Intervention:</i>	1.	<i>Setting der Intervention:</i>	<i>Studies:</i>	Keine Studien aus LMIC

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	Boyce, J et al.: <i>Nicotine vaccines for smoking cessation</i>	-Nikotin-Impfungen (in den Studienphasen II, III und mehr) -Auch, wenn Teil von Interventionen zur Aufgabe des Rauchens oder zur Rückfallprävention -Wirkmechanismus: über die Bildung von Antikörpern wird die Nikotinmenge, die das Gehirn erreicht reduziert, Unterstützung bei der Aufgabe des Rauchens und der Vermeidung von Rückfällen <i>Kontrolle:</i> Placebo <i>Ausschluss:</i> Nicht spezifiziert	Rauchabstinienz/Aufgabe des Tabakgebrauchs -Follow-up mindestens nach 6 Monaten/12 Monate, wenn möglich -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 2. UW	Nicht spezifiziert <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Erwachsene (aktuelle) Raucher oder Raucher, die kürzlich mit dem Rauchen aufgehört haben, keine weiteren Angaben <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung	4 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Not conducted due to heterogeneity of studies <i>Heterogeneity:</i> -Different vaccines -Variable regimens <i>Results:</i> -No statistically significant difference in long-term cessation between vaccine and placebo in all 4 trials -1/1 trial of NIC002: RR of 1.35 (0.82,2.22) [12-month cessation] -1/3 trials of NicVAX: RR of 1.74 (0.73,4.18) [12-month cessation] -2 phase III NicVAX trials: reported similar quit rates of approximately 11% in both groups (full results not available) -2 studies with full results available: post-hoc analysis detected higher cessation rates in participants with higher levels of nicotine antibodies (findings not readily generalizable) -Adverse events (2 studies with full results): 1 trial of NicVAX: no significant difference between 2 arms NIC002-trial: receiving vaccine group more likely to report mild to moderate adverse events / flu-like symptoms => nicotine vaccines well tolerated, majority of events mild - moderate REMARK <i>Vaccine candidates are likely to</i>	Studien stammen aus: Schweiz (1) USA (3)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p><i>undergo significant changes before becoming available to the general public, and those included in this review may not be the first to reach market; this limits the external validity of the results reported in this review in terms of both effectiveness and tolerability. / No nicotine vaccines are currently licensed for use in any country but a number are under development.</i></p> <p><i>Conclusion:</i> -No evidence for benefit of nicotine vaccines in long-term smoking cessation -Results suggest that adverse events are mild to moderate -Nicotine vaccines do not induce compensatory smoking or affect withdrawal symptoms, according to evidence -Further research is needed, exploration of vaccines in preventing relapse, adverse events must be monitored -Results from past, current and future research should be reported in full</p>	
30	Hartmann-Boyce, J et al.: <i>Print-based self-help interventions for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Handbuch oder Programm -Richtet sich an Individuen, die eine Rauchabstinenz planen und keine Unterstützung durch Gesundheitsexperten, Berater oder Gruppen erhalten -Fokus auf schriftlichem</p>	<p>Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz -Follow-up mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Verschiedene (z. B. ohne Face-to-face-Kontakt, Gesundheitsversorgung)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Alle Raucher, Ausnahme:</p>	<p><i>Studies:</i> 74 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not specified</p> <p><i>Results:</i></p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> UK (10) Spanien (2) USA (42) Australien (5) Kanada (2) Niederlande (5)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>Material, Audio und Video u. ä. ebenso möglich -Materialien richten sich allgemein an Raucher oder an bestimmte Gruppen von Rauchern, wie Altersgruppen oder ethnische Gruppen; können sich auch auf individuelle Eigenschaften beziehen -1 persönlicher Kontakt zur Aushändigung des Materials wird als Selbsthilfe gezählt -Umfassender persönlicher Kontakt (Diskussion der Programminhalte) wird als kurze Beratung als Zusatz zur Selbsthilfe gezählt -Begründung für die Durchführung der Intervention: mögliche Steigerung der Raten der erfolgreichen Aufgabe des Tabakgebrauchs</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention; andere Intervention, z. B. kurze Broschüre vs. umfassendes Handbuch, zugeschnitten vs. standardisiert</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Internet- und Handybasierte Interventionen (Reviews vorhanden) -Kurze Broschüren zu</p>		<p>Schwangere und Jugendliche (Reviews vorhanden), keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>-Standard, non-tailored self-help materials (no face-to-face contact) vs. no intervention: RR of 1.19 (1.04,1.37) [11 trials] -Standard, non-tailored self-help materials (no face-to-face contact) vs. alternative written materials: RR of 0.88 (0.74,1.04) [6 trials] => Analysis of 2 subgroups (pooled): RR of 1.06 (0.95,1.18) [no evidence for a benefit of standard structured materials] -Standard self-help materials and brief contact with all participants: RR of 1.17 (0.96,1.42) [5 trials] -Addition of face-to-face advice for all participants: RR of 0.97 (0.80,1.18) [11 trials] -Intervention tailored to characteristics of individual smokers vs. no material, stage matched material, or non-tailored material: pooled RR of 1.28 (1.18,1.37) [31 trials] - strongest compared to no intervention: RR of 1.35 (1.19,1.53) [9 trials, effect probably due to additional contact / assessment required to obtain individual data] -tailored material probably more helpful than standard material -tailored materials vs. brief advice from health care provider: RR of 1.13 (0.86,1.49) [2 trials] -self-help materials and NRT: RR of 1.05 (0.88,1.25) [4 trials] -Other trials: no benefits from using additional materials or targeted materials, no differences between different self-help programmes</p>	<p>Schweiz (1) Norwegen (1) Deutschland (3) Finnland (1) Belgien und Niederlande (1) Hongkong/China (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		Gesundheitsschäden des Rauchens (eher als Kontrollintervention verwendet) -Wiederholte Beratungstreffen als Zusatz zur Selbsthilfe -Telephonische Beratung oder Hotlines als Zusatz zur Selbsthilfe (Review vorhanden)			<i>Conclusion:</i> -Rather small effect from standard print-based self-help materials (increased quit rates) compared to no intervention -No evidence for additional benefit of standard print-based self-help materials when used alongside other interventions like advice from a healthcare professional or NRT -Small benefit of tailored vs. non-tailored interventions -Further research needed: self-help interventions in regions that are not classified as "high income" (effect in contexts where more intensive support is not available)	
31	Hughes, JR et al.: <i>Antidepressants for smoking cessation</i>	<i>Intervention:</i> -Jede Form der medikamentösen Behandlung mit antidepressiven Eigenschaften mit dem Ziel der Unterstützung von Versuchen der Aufgabe des Tabakkonsums, der Vermeidung von Rückfällen oder der Reduzierung des Tabakkonsums mit nachfolgender Aufgabe -(möglicher) Wirkmechanismus: Beeinflussung depressiver Symptome oder Episoden in Verbindung mit der Aufgabe des Tabakgebrauchs, Ersatz von möglichen antidepressiven Effekten des Rauchens, möglicher Effekt auf Nervenbahnen und Rezeptoren, die mit	1. Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 2. Anzahl der gerauchten Zigaretten (Reduktion) 3. UW	<i>Setting der Intervention:</i> Gemeinde, Gesundheitsversorgung <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Aktuelle Raucher oder ehemalige Raucher, die kürzlich aufgehört haben (bei Studien der Rückfallprävention), keine weiteren Angaben <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung	<i>Studies:</i> 90 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (fixed-effect model) <i>Heterogeneity:</i> Eg. antidepressant sole intervention component or adjunct, addressing relapse prevention or cessation <i>Results:</i> -Bupropion as sole pharmacotherapy on long-term cessation rates: RR of 1.62 (1.49,1.76) [high quality evidence, 44 trials] -Nortriptyline as sole pharmacotherapy on long-term cessation rates: RR of 2.03 (1.48,2.78) [moderate quality evidence, 6 trials] -Bupropion + NRT on long-term cessation rates: RR of 1.9	Studien stammen aus: <i>HIC</i> USA (64) Frankreich (2) UK (3) Israel (2) Island (1) Dänemark (1) Kanada (2) Italien (1) Polen (1) Neuseeland (1) Australien (2) Griechenland (1) Niederlande (1) Deutschland (1) <i>MIC</i> Brasilien (2) Pakistan (1) Türkei (1)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>Nikotinabhängigkeit in Verbindung stehen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo, alternative Therapie, andere Dosierung der medikamentösen Therapie</p> <p><i>Ausschluss:</i> Behandlung aller Teilnehmer mit derselben medikamentösen, aber unterschiedlicher verhaltensbasierter Komponente</p>			<p>(0.94,1.51), 12 trials -Nortriptyline + NRT on long-term cessation rates: RR of 1.21 (0.94,1.55), 4 trials -Equal effectiveness & similar efficacy of bupropion and nortriptyline, compared to NRT [Bupropion vs. nortriptyline: RR of 1.30 (0.93,1.82)/3 trials, bupropion vs. NRT: RR of 0.96 (0.85,1.09)/8 trials] -Bupropion vs. varenicline: RR of 0.68 (0.56,0.83)/8 trials => lower quitting with bupropion than with varenicline -Adverse events / bupropion: no significant increase (RR of 1.30 (1.00,1.69)/33 trials; risk of about 1 in 1000 of seizures; association with suicide, but causality unclear -Adverse events/nortriptyline: potential, but not seen in trials for smoking cessation -Selective serotonin reuptake inhibitors as sole pharmacotherapy (RR of 0.93 [0.71,1.22], 4 trials) / as adjunct to NRT (RR of 0.70 [0.64,1.82], 3 trials) => no evidence of a significant effect -Monoamine oxidase inhibitors (6 trials), the atypical antidepressant venlafaxine (1 trial), the herbal therapy St John's wort (hypericum, 2 trials), the dietary supplement SAME (1 trial) => no evidence of a significant effect</p> <p><i>Conclusion:</i> -Bupropion and nortriptyline aid long-term smoking cessation, ad-</p>	<p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> Von sieben Untersuchungen (z. T. mehrere Untersuchungen pro Studie) ergaben zwei einen positiv signifikanten Effekt. Alle anderen Ergebnisse sind positiv nicht signifikant. Die positiven Trends von Bupropion und Nortriptylin im Vergleich mit Placebo im Gesamtergebnis werden im Einzelergebnis nur z. T. bestätigt, da auch nicht signifikante Ergebnisse vorliegen. In beiden Ergebnissen kann kein Vorteil von Bupropion gegenüber Nortriptylin festgestellt werden (positives, nicht signifikantes Ergebnis). Bupropion im Vergleich zu NRT ist in beiden Ergebnissen nicht signifikant, wobei dies im Gesamtergebnis bei einem negativen, im Einzelergebnis bei einem positiven Effektschätzer liegt. Eine gewisse Übereinstimmung der Trends aus Gesamt- und Einzelergebnis liegt vor.</p> <p><i>LIC</i> -</p> <p><i>Nicht näher spezifiziert</i> -Multicenter: 8 europäische Länder, Australien, Neuseeland / Tonnesen, 2003 (1) -Multicenter: 10 Länder, inkl. Europa, Australien, Neuseeland / Tonstad, 2003 (1) -Multicenter: 12 europäische Länder / Zellweger, 2005 (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>verse events rarely serious / rarely lead to stopping medication, mode of action of bupropion and nortriptyline independent of their antidepressant effect, and they are of similar efficacy to nicotine replacement</p> <p>-Bupropion probably less effective than varenicline (further research needed for confirmation)</p> <p>-According to evidence, neither selective serotonin reuptake inhibitors (e.g. fluoxetine) nor monoamine oxidase inhibitors aid cessation</p>	
32	Hughes, JR et al.: <i>Anxiolytics for smoking cessation</i>	<p>Intervention: -Jede Form der medikamentösen Behandlung mit Angst lösenden Eigenschaften, inklusive Betablockern -(möglicher) Wirkmechanismus: Eindämmen von Angstzuständen als Symptom des Entzugs, Ersatz von Nikotingebrauch als Versuch der Selbstmedikation einer Angst-Problematik</p> <p>Kontrolle: Placebo, alternative Therapie</p> <p>Ausschluss: Behandlung mit Clonidin (Review vorhanden)</p>	Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Raucher (jeder), keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 6 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Where appropriate (fixed-effect model)</p> <p>Heterogeneity: Not specified</p> <p>Results: -Diazepam, meprobamate, metoprolol, oxprenolol, buspirone: none showed strong evidence of an effect in helping smokers to quit -Wide CI's: on current evidence effect can also not be ruled out</p> <p>Conclusion: -No consistent evidence for a benefit of anxiolytics in aiding smoking cessation -Available evidence also does not rule out a possible effect</p> <p>Anmerkung: Studienanzahl und –</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p>HIC USA (4) Schottland (1)</p> <p>MIC China (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In der Studie aus China wurde Diazepam mit der Gabe von Placebo verglichen, wobei ein nicht signifikantes Ergebnis erzielt wurde (der Effektschätzer war eins 1). Das unklare Ergebnis entspricht dem Gesamtergebnis: ein signifikanter Trend wird in beiden Segmenten nicht herausgestellt.</p> <p>LIC -</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<i>aufteilung zwischen den einzelnen Medikamenten unter „Main results“ im Abstract weicht von der Beschreibung der einzelnen Studien unter „Characteristics of studies“ / „Characteristics of included studies“ ab</i>	
33	Johnston, V et al.: <i>Incentives for preventing smoking in children and adolescents</i>	<p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definition „Anreiz“: konkreter materieller Nutzen, der von außen zur Verfügung gestellt wird und dazu beitragen soll, das Rauchen zu verhindern -Dazu zählen: Wettbewerbe, Gewinnspiele, Anreizsysteme, Verlosungen, bedingte Zahlungen (als Belohnung, nicht mit dem Rauchen anzufangen) -Belohnungen können sich auch an Dritte richten, z. B. Schulen, Anbieter in der Gesundheitsversorgung, Familienmitglieder oder an Kinder und Jugendliche direkt -Beachtung von anderen Interventionen bezüglich des Rauchens, z. B. in der Schule und von Interventionen in der Kontrollgruppe -Begründung für die Durchführung der Intervention: Ursprung der Nikotinabhängigkeit liegt normalerweise in der Adoleszenz, je höher das 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rauchstatus bei Kindern und Jugendlichen (die zu Studienbeginn Nichtraucher waren) <ul style="list-style-type: none"> -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 2. <ul style="list-style-type: none"> -Dosis-Wirkungs-Beziehung der Stärke des Anreizes (geplant, konnte wegen unzureichender Daten nicht verwirklicht werden) -Kosten der Anreize -UW 	<p>Setting der Intervention: Jedes Setting („any“)</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: -Kinder (5 bis 12 Jahre) und Jugendliche (13 bis 18 Jahre) in jedem Setting, zu Studienbeginn Nichtraucher, Definition „Nichtraucher“ nach jeweiliger Studie, keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung und Dritte (Schulen, Anbieter der Gesundheitsversorgung, Familienmitglieder)</p>	<p>Studies: 7 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Where possible (Mantel-Haenszel fixed-effect method, by study design) [5 studies included]</p> <p>Heterogeneity: Not significant</p> <p>Results: -All, except 1 study are of the so called Smokefree Class Competition (SFC) [widely implemented throughout Europe] -1 study of the SFC competition: significant effect of the competition on the prevention of smoking at longest follow-up [but multiple biases, adjusted RR calculation: no longer a statistically significant effect] (Outcome 1) -Pooled RR of most robust 3 studies, long-term: 1.00 (0.84,1.19) [Outcome 1] -Non-randomized trials: also no detection of significant effect -Little robust evidence for unintended consequences like false claims about smoking status or bullying of smoking students associated with the intervention (Outcome 2)</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (1) Niederlande (1) Deutschland (3) Kanada (1) Finnland (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>Alter desto schwieriger ist Aufgabe des Tabakgebrauchs, Anreize als neuer Ansatz zur Reduktion der Rauchprävalenz bei Jugendlichen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien mit alleiniger Zielgruppe „Schwangere“ (Review vorhanden)</p>			<p><i>Conclusion:</i> -Smoking initiation not shown to be prevented by incentive programmes (although there are not many studies and quality is variable) -Trials included in meta-analysis all of the SFC competition (usually lottery system, small to moderately sized prizes to whole classes) -Further research needed: efficacy of incentives given to individual participants to prevent smoking uptake, efficacy of incentives on smoking initiation as well as progression of smoking, in varying populations, from different socioeconomic and ethnic backgrounds, detailed description of intervention components</p>	
34	Lai, DTC et al.: <i>Motivational interviewing for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -MI: anleitende, patientenorientierte Form der Beratung, Hilfestellung zur Entdeckung von Ambivalenzen bezüglich einer Verhaltensänderung, ursprünglich entwickelt für Behandlung der Alkoholabhängigkeit -Intervention muss auf den Prinzipien des MI nach Miller und Rollnick basieren: z. B. Ambivalenzen entdecken, Entscheidungsgleichgewicht, Unterstützung von Selbstwirksamkeit -Monitoring sollte berichtet werden: Videoauf-</p>	<p>Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Verschiedene (z. B. Krankenhaus, Allgemeinarzt)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Jedes Setting („any“), z. B. Krankenhaus</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Tabaknutzer (jedes Geschlecht), keine Studien, die ausschließlich schwangere Frauen und junge Raucher einbeziehen, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Interventi-</i></p>	<p><i>Studies:</i> 14 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Fixed-effect Mantel-Haenszel model applied</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Type of counsellor, intensity of counselling, intensity of follow-up support (subgroup analysis)</p> <p><i>Results:</i> -All trials: 1 to 4 sessions, duration of session: 15 to 45 min.; most trials used supportive telephone contacts and self-help materials -MI vs. brief advice / usual care: RR of 1.27 (1.14,1.42) [meta-analysis] -subgroup analysis: MI effective</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (12) UK (1) Spanien (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>nahmen, Bewertungsmaßstab, Supervision -Wendet sich an Individuen oder Gruppen -Persönliche und telefonische Gespräche möglich, auch kurze Interventionen -Therapeut kann Gesundheitsexperte oder Berater sein -Studien mit pharmakologischen Ko-Interventionen eingeschlossen (wenn alle Pharmakotherapie erhalten und es nicht die untersuchte Intervention ist)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Kurze Beratung (z. B. verbale Anleitung mit Aufforderung zur Rauchabstinenz, mit/ohne Information über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens), Intervention geringer Intensität, Normalversorgung</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien, die sich auf das Stufenmodell der Verhaltensänderung beziehen (Review vorhanden); Outcome nicht Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs</p>		<p><i>on:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>by primary care physicians [RR of 3.49 (1.53,7.94)], by counsellors [RR of 1.27 (1.12,1.43)], in longer sessions (> 20 min.) [RR of 1.31 (1.16,1.49)], unclear evidence: multiple vs. single sessions (multiple might be slightly more effective, but both regimens produced positive outcomes), optimal number of follow-up calls -Variation: treatment fidelity, completeness of details like modification for study population, training of therapists or content of counselling (sometimes lacking from trial reports)</p> <p><i>Conclusion:</i> MI may be effective in assisting smokers to quit (caution: variations in study quality and treatment fidelity, possibility of publication or selective reporting bias)</p>	
35	Lancaster, T & Stead, LF: <i>Silver</i>	<p><i>Intervention:</i> -Medikamentöse Be-</p>	<p>Rauchabstinenz -Nach 6 bis 12</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p>	<p><i>Studies:</i> 2 studies included</p>	Keine Studien aus LMIC

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
	<i>acetate for smoking cessation</i>	<p>handlung mit Silberacetat-Produkten wie Pastillen, Kaugummi, Spray</p> <p>-Wirkmechanismus: bei Kombination mit Zigarettengebrauch wird ein unangenehmer Geschmack erzeugt (aversives Konditionieren), Ziel: Beseitigung des Verlangens zu rauchen</p> <p>Kontrolle: Placebo, andere Form der Behandlung</p> <p>Ausschluss: Studien mit kurzem Follow-up (weniger als 6 Monate)</p>	<p>Monaten</p> <p>-Validierung durch Biomarker erforderlich</p>	<p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Erwachsene Raucher, keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Meta-Analysis: Where appropriate (fixed-effect model)</p> <p>Heterogeneity: Not specified</p> <p>Results: Pooled RR of 1.04 (0.69,1.57) [vs. Placebo]</p> <p>Conclusion: -Little evidence of a specific effect of silver acetate in promoting smoking cessation -Upper limit of CIs for a positive effect equates to an absolute increase in the smoking cessation rate of about 4% -Any effect therefore likely to be smaller than NRT -Reason for lack of effect might be low compliance with treatment, because unpleasant stimulus is created</p> <p><i>Anmerkung: Obwohl nur 2 Studien eingeschlossen wurden, wird unter "Characteristics of included studies" eine dritte Studie aufgeführt (Ausschlussgrund: Follow-up kürzer als 6 Monate)</i></p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (2) Dänemark (1)</p>
36	Lancaster, T & Stead, LF: <i>Individual behavioural counselling for smoking cessation</i>	<p>Intervention: -Definition der Intervention: persönliches Treffen zwischen Patient (Raucher) und Berater mit Ausbildung zur Unterstützung der Rau-</p>	<p>Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinenz</p> <p>-Mindestens 6 Monate nach Beginn der Beratung</p>	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert</p> <p>Setting der Rekrutierung: Bei hoher Anzahl an Studien im Krankenhaus</p>	<p>Studies: 30 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect method)</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (22) Spanien (1) UK (2)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>cherentwöhnung -Begründung für die Durchführung der Intervention: individuelle Beratung durch einen Experten der Raucherentwöhnung fördert möglicherweise die Aufgabe des Tabakgebrauchs -Studien über Beratung als Zusatz zu medikamentöser Behandlung eingeschlossen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Behandlung, kurze Beratung, Selbsthilfematerial, andere Interventionsintensität, verschiedene Beratungsmethoden (matching nach Zeit des Kontakts)</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Beratung durch Ärzte und Krankenschwestern als Teil der klinischen Versorgung (Review vorhanden) -Interventionen die mehrere Risikofaktoren neben Rauchen betreffen -Interventionen, bei denen Beratung mit medikamentöser Versorgung verwechselt wird</p>	-Validierung durch Biomarker wenn möglich	<p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Alle Raucher, Ausnahme: schwangere Frauen (Review vorhanden) und Studien die ausschließlich Kinder und Jugendliche einbeziehen, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Heterogeneity:</i> Not specified (not significant between relative quit rates in different trials)</p> <p><i>Results:</i> -Individual counselling vs. minimal behavioural intervention (22 trials): RR of 1.39 (1.24,1.57) -subgroup (all participants received NRT, 4 trials): RR of 1.27 (1.02,1.59) -Intensive counselling vs. brief counselling (5 trials): RR of 0.96 (0.74,1.25) -Comparison of different counselling models of similar intensity (3 trials): no significant differences</p> <p><i>Conclusion:</i> Individual behavioural counselling for smoking cessation can be effective in assisting smokers to quit</p>	Südkorea (1) Japan (1) Dänemark (2) Niederlande (1)
37	Lancaster, T & Stead, LF: <i>Mecamylamine (a nicotine antago-</i>	<p><i>Intervention:</i> -Medikamentöse Behandlung mit Mecamylamin (mit/ohne gleichzeiti-</p>	Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinnenz	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i></p>	<p><i>Studies:</i> 2 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i></p>	(Studien sind in Hinblick auf Ort der Durchführung nicht beschrieben)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	<p><i>nist) for smoking cessation</i></p>	<p>ge Behandlung mit NRT) -Wirkmechanismus: durch Blockierung der Nikotinwirkung (Mecamylamin ist ein Nikotin-Antagonist) möglicherweise Blockierung der belohnenden Wirkung des Nikotins und somit Reduktion im Verlangen zu Rauchen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo, keine Behandlung</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien mit kurzem Follow-up (weniger als 6 Monate), keine Messung der Aufgabe des Tabakgebrauchs</p>	<p>-Follow-up mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker erforderlich</p>	<p>Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Erwachsene Raucher, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Not conducted, because of preliminary nature of included studies, narrative report of results</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not specified</p> <p><i>Results:</i> -Mecamylamine plus NRT (patch) vs. NRT (patch) alone: mecamylamine more effective (abstinence rate at one year 37.5% vs 4.2%) -NRT (patch) plus Mecamylamine, NRT alone, Mecamylamine alone, no active drug (all 4 groups received combination treatment with nicotine and mecamylamine after scheduled quit date) compared: abstinence rates of 40%, 20%, 15%, 15% [higher abstinence rate in group with combination therapy statistically not significant, statistically significant benefit of mecamylamine detected when using Kaplan-Meier survival analysis] -Mecamylamine generally well tolerated, but up to 40% of subjects required reductions in dose (usually because of constipation)</p> <p><i>Conclusion:</i> -Combination of NRT and mecamylamine may be superior to NRT alone in promoting smoking cessation (data from 2 small studies) -Confirmation in larger studies required (before clinical recommendation)</p> <p><i>Anmerkung: Beschreibung der</i></p>	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<i>Kontrollgruppen weicht in „Main results“ im Abstract von der Beschreibung der einzelnen Studien unter „Characteristics of studies“ / „Characteristics of included studies“ ab. Bei der Beschreibung der einzelnen Studien wird bei der ersten Studie eine Placebo-Kontrollgruppe erwähnt, die im Abstract nicht zur Sprache kommt.</i>	
38	Lindson-Hawley, N. et al.: <i>Reduction vs. abrupt cessation in smokers who want to quit</i>	<p>Intervention: -Anleitung zu graduellem Stoppen (mit/ohne verhaltensbasierte Unterstützung, Kontakt ungefähr gleich in allen Studienarmen, mit/ohne medikamentöse Behandlung) -Begründung für die Durchführung der Intervention: normalerweise wird abrupt an einem festgelegten Tag mit dem Rauchen aufgehört, oftmals Scheitern der Tabakaufgabe, Reduzierung vor der Aufgabe ist alternativer Ansatz, Ziel ist herauszufinden ob er mindestens so erfolgreich wie abrupter Rauchstopp ist</p> <p>Kontrolle: Anleitung zu abruptem Stoppen (mit/ohne verhaltensbasierte Unterstützung, medikamentöse Behandlung)</p>	<p>1. Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Rauchstopp (Tag) -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Art und Anzahl von UW</p>	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert (Bsp.: Gemeinde, Krankenhaus)</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Raucher mit Intention, bald eine Rauchabstinenz zu erreichen (ausgedrückt durch Anmeldungen zu Raucherentwöhnungsprogrammen); jedes Alter; keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 10 studies included</p> <p>Meta-Analysis: According to sub-groups (Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p>Heterogeneity: Accompanying pharmacotherapy or not, accompanying behavioural support or not, accompanying self-help methods or not</p> <p>Results: -Reduction vs. abrupt quitting, main analysis, all studies combined: RR of 0.94 (0.79,1.13) [Outcome 1] -Negative, non-significant results for variations concerning pharmacotherapy [RR of 0.87 (0.65,1.22)], behavioural support [RR of 0.87 (0.64,1.17)]/ and self-help therapy [RR of 0.98 (0.78,1.23)] (Outcome 1) -Adverse events: pre-quit NRT does not increase adverse events, further conclusions cannot be drawn (Outcome 2)</p> <p>Conclusion:</p>	Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus (Anzahl): USA (7) Schweiz (1) Österreich (1) Spanien (1)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p><i>Ausschluss:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Graduelles Stoppen ohne Anleitung vs. abruptes Stoppen -Bedeutende Unterschiede der verhaltensbasierten Unterstützung (in Art und Dauer) zwischen den Studienarmen -Studien über Raucher ohne Intention, bald eine Rauchabstinenz zu erreichen (Cochrane-Review vorhanden/Schadensverminderung) 			<ul style="list-style-type: none"> -Comparable quit rates of reduction and abrupt cessation: patients can be given the choice -Self-help materials, behavioural support and pre-quit NRT can be used with reduction interventions -Further research needed: comparison of effectiveness of reduction methods before quitting, and comparison of effectiveness of methods concerning different types of smokers (for policy and intervention development) 	
39	Maziak, W et al.: <i>Interventions for waterpipe smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Medikamentöse (z. B. NRT, Bupropion), verhaltensbasierte Behandlung oder Kombination -Richtet sich an Individuen oder Gruppen -Begründung für die Durchführung der Intervention: Gebrauch von Wasserpfeifen vor allem in der südöstlicher Mittelmeerregion üblich, verbreitet sich derzeit weltweit, sozialer Gebrauch mit Freunden oder Familie, wird oftmals als weniger tödlich als andere Formen des Tabakgebrauchs wahrgenommen, wird oftmals von Frauen, Mädchen und jungen Menschen 	<p>Rauchabstinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 	<p><i>Setting der Intervention:</i></p> <p>Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i></p> <p>Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i></p> <p>Nutzer von Wasserpfeifen (letzter Monat) zum Tabakgebrauch, jedes Alter, jedes Geschlecht, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i></p> <p>Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Studies:</i></p> <p>No studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i></p> <p>No studies included</p> <p><i>Heterogeneity:</i></p> <p>No studies included</p> <p><i>Results:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -No completed intervention trials targeting waterpipe smokers could be found -Authors plan a pilot randomized controlled trial (will be reported in future updates) <p><i>Conclusion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Due to epidemiological and observational evidence waterpipe use is rapidly growing in popularity worldwide -Wide and erroneous perception 	Keine Studien eingeschlossen

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>genutzt, laut Evidenz ist Wasserpfeifengebrauch möglicherweise ebenso suchterzeugend wie andere Formen des Tabakgebrauchs mit möglicherweise ähnlichen Gesundheitsrisiken</p> <p><i>Kontrolle:</i> Nicht spezifiziert ("Randomized controlled trials, quasi-randomized controlled trials or cluster-randomized controlled trials")</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Präventionsstudien -Outcome nicht Aufgabe des Tabakgebrauchs</p>			<p>that waterpipe use is less lethal than other forms of tobacco use -Especially in the Eastern Mediterranean Region women, young girls and young people are more likely to take up waterpipe smoking -More research needed: addictive properties, associated health risks, understanding of dependence development in young waterpipe smokers, high quality RCTs to test cessation treatments</p>	
40	McRobbie, H et al.: <i>Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction</i>	<p><i>Intervention:</i> -Elektronische Zigaretten (ECs) -Auch in Verbindung mit anderen Interventionen zur Aufgabe des Tabakkonsums (verhaltensbasiert oder medikamentös oder beides), dann Vergleich mit Intervention ohne ECs -Wirkmechanismus: Erhitzung einer Flüssigkeit mit/ohne Nikotin zur Inhalation, soll Risiken des Tabakgebrauchs mindern (Evidenz ausstehend)</p>	<p>1. Aufgabe des Tabakgebrauchs -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Reduktion des Tabakgebrauchs -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: Forschungszentrum, Krankenhaus-Ambulanz)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: Gemeinde, Krankenhaus)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Aktuelle Raucher (am Zeitpunkt der Einschreibung für die Studie), mit/ohne Motivation zur Aufgabe des Tabakgebrauchs, keine weiteren Angaben</p>	<p><i>Studies:</i> 13 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (fixed-effect Mantel-Haenszel model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not specified</p> <p><i>Results:</i> <u>Outcome 1</u> -EC vs. placebo EC: RR of 2.29 (1.05,4.96) – 2 studies -EC vs. nicotine patch: RR of 1.26 (0.68,2.34) – 1 study <u>Outcome 2</u> -EC vs. placebo EC: RR of 1.31 (1.02,1.68) – 2 studies (reduction by</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> Neuseeland (1) Italien (4) USA (4) Schweiz (1) UK (1) Multicenter: USA (34%), Frankreich (24%), UK (8%), Schweiz (6%), andere (28%) [<i>mehrheitlich HIC</i>] (1)</p> <p><i>MIC</i> Südafrika (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> Die Studie (Kohortenstudie) aus</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p><i>Kontrolle:</i> Unterschiedliche Nikotindosierung, andere Hilfen zur Aufgabe des Tabakkonsums (z. B. NRT), keine Intervention</p> <p><i>Ausschluss:</i> EC-Gebrauch weniger als 1 Woche, keine Information über Aufgabe des Gebrauchs, Reduktion oder UW</p>	3. UW	<i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung	<p>at least half)</p> <p>-EC vs. nicotine patch: RR of 1.41 (1.20,1.67) - 1 study (reduction by at least half) [Reduction results not biochemically verified]</p> <p><u>Outcome 3</u></p> <p>-No SAEs (serious adverse events) plausibly related to EC use reported in included studies</p> <p>-Data on proportion of participants experiencing any adverse events in 1 RCT: RR of 0.97 (0.71,1.34) [EC vs. placebo EC] / RR of 0.99 (0.81,1.22) [EC vs. patch]</p> <p>-No statistically significant difference in the frequency of AEs at 3- or 12-month follow-up between the EC and placebo EC groups in 1 other RCT [frequency of AEs (exception: throat irritation): significant decrease over time]</p> <p><i>Conclusion:</i></p> <p>-ECs help smokers to stop smoking in the long term (vs. placebo ECs, evidence from 2 trials)</p> <p>-Low GRADE rating due to small number of trials, low event rates, wide CIs around the estimates</p> <p>-Lack of difference between effects of ECs compared with nicotine patch (1 trial): uncertain for similar reasons</p> <p>-ECs and reduction in cigarette consumption: ECs appear to help smokers unable to stop (when compared with placebo ECs and nicotine patches, limitations also affect this finding)</p>	<p>Südafrika wurde mit 15 gesunden Rauchern aus einem Militärkrankenhaus durchgeführt. Bei der Intervention handelte es sich um den Gebrauch von ECs (Twisp eGo 18mg/ml Nikotin) in einem Zeitraum von zwei Wochen. Die Kontrollen werden nicht näher spezifiziert. Die Outcomes sind Blutdruck und Puls, sowie COHb-Werte und Sauerstoffkonzentration im Blut. Im Ergebnis zeigte sich eine Verbesserung in Bezug auf die Sauerstoffkonzentration und das Kohlenmonoxidhämoglobin (Reduktion). UW werden berichtet (Schleimbildung), wobei ein größerer Anteil der Studienteilnehmer von einer Reduktion der Schleimbildung berichtet. Im Vergleich zum Gesamtergebnis fällt auf, dass die untersuchten Outcomes unterschiedlich sind. In der Studie aus Südafrika wurde nicht die Aufgabe oder Reduktion des Tabakgebrauchs untersucht. Eine Vergleichbarkeit ist somit nicht gegeben.</p> <p><i>LIC</i></p> <p>-</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					-Lack of biochemical assessment of reduction in smoke intake: further limitation of this evidence -Short-term EC use and health risks: no evidence of association between them	
41	Park, EW et al.: <i>Enhancing partner support to improve smoking cessation</i>	<i>Intervention:</i> -Definition „Partner“: Eheleute, Freunde, Arbeitskollegen u. a. (Unterstützung im Rahmen von Programmen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs) -Programm richtet sich an Raucher, Partner oder beide, Ziel: Unterstützung des Rauchers bei der Aufgabe des Tabakgebrauchs -Beispiele der Intervention: Schulung von Rauchern in Bezug darauf, wie sie soziale Unterstützung erhalten können; Ermutigung zu mehr Kontakt zwischen Rauchern und unterstützenden Partnern; Schulung oder schriftliches Material für Partner zur Unterstützung und Entwicklung von unterstützendem Verhalten; Gruppen- oder Paartherapie zur Förderung von unterstützenden Interaktionen -Begründung für die Durchführung der Intervention: laut For-	1. Rauchabstinenz (Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs) bei Raucher (nicht Partner) -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 2. Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag: nicht adäquat berichtet 3. Kohlenmonoxid-Konzentration (nach 6 – 12 Monaten nach der Behandlung und mehr): nicht adäquat berichtet 4. Intensität der Unterstützung durch Partner (Partner Interaction Questionnaire / Support	<i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert <i>Setting der Rekrutierung:</i> Jedes Setting („any“) <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher, jedes Alter und Geschlecht, unabhängig vom Grad der Nikotinabhängigkeit, Zustimmung zu Teilnahme an Programm zur Raucherentwöhnung, Schwangere und nicht Schwangere, Verheiratete und nicht Verheiratete, keine weiteren Angaben <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung (Raucher) und / oder Partner von Rauchern	<i>Studies:</i> 13 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Pooling of RR from each study (fixed-effect model) and estimation of a summary effect <i>Heterogeneity:</i> Not substantial (all studies could be pooled) <i>Results:</i> -Pooled RR for self-reported abstinence at 6 – 9 months: 0.99 (0.84, 1.15) [Outcome 1] -Pooled RR for self-reported abstinence at 12 and more months: 1,04 (0.87, 1.24) [Outcome 1] -Outcome 4 (partner support): 2/8 studies reported significant increase of partner support in intervention group -1/8 studies with outcome 4 (partner support) reported significant increase in partner support in intervention group, but smokers' reports of partner support received did not differ significantly <i>Conclusion:</i> -Failure to detect an increase in quit rates and partner support -No conclusions on impact of part-	Studien stammen aus: <i>HIC</i> USA (11) <i>Nicht spezifiziert</i> Glasgow, 1986 (1) May, 2006 (1)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>schungsergebnissen kann die Einbeziehung von Partnern möglicherweise zu einer langfristigen Abstinenz beitragen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Außer Komponente "Partner Support" identische Intervention</p> <p><i>Ausschluss:</i> Wenn Partner-Unterstützung nicht einzige Komponente, die untersucht wird</p>	<p>Provided Measure) [intermediäres Outcome]</p>		<p>ner support possible</p> <p>-Additional research needed (larger samples)</p>	
42	Reda AA et al.: <i>Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment</i>	<p><i>Intervention:</i> -Interventionen im Bereich der Finanzierung der Gesundheitsversorgung, richten sich an Patienten oder Anbieter von Gesundheitsversorgung, Ziel: höhere Inanspruchnahme von Behandlungen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs (Angebot der Intervention durch die Regierung, Krankenversicherung oder andere Institutionen)</p> <p><u>A) Patienten-basierte finanzielle Interventionen</u> -Erstattung im Rahmen der Krankenversicherung (z. B. Veränderungen in der Höhe der Zuzahlung) -Direkte Erstattung (z. B. zuzahlungsfreie Rezepte für Pharmakotherapie)</p>	<p>1. Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Anzahl der Teilnehmer, die einen Rauchstoppversuch unternehmen -Mindestens 1x -Def.: mindestens 24 Std. nicht geraucht</p> <p>3. Nutzung von Raucherentwöhnungsbehandlungen (Anzahl der Teilneh-</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher oder Anbieter in der Gesundheitsversorgung, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Studies:</i> 11 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Random-effects model</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not specified</p> <p><i>Results:</i> <u>Full financial interventions directed at smokers</u> -Vs. no intervention, outcome 1: RR of 2.45 (1.17,5.12) [4 studies] -Vs. no intervention, outcome 2: RR of 1.11 (1.04,1.32) -Vs. no intervention, outcome 3: RR of 1.83 (1.55,2.15 / NRT) / 3.22 (1.41,7.34 / bupropion) / 1.77 (1.19,2.65 / behavioural therapy) <u>Financial incentives directed at healthcare providers</u> -No evidence of an effect: RR of 1.16 (0.98,1.37) [2 trials]</p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>USA (8) UK (1) Niederlande (1) Deutschland (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>-Kosten der Krankenversicherung (z. B. Veränderungen der Beiträge) <u>B) Anbieter-basierte finanzielle Interventionen</u> -Gehalt (Zahlung pro Arbeitsstunde oder Sitzungen pro Zeiteinheit) -Pro-Kopf-Zulage (Zahlung pro Patient mit besonderer Behandlung) -Gebühr für Service (Zahlung pro Service- oder Behandlungs-Einheit) -Leistungsbezogene Bezahlung (Zahlung nur bei Zielerreichung) -Budgetierung und Zahlungen auf organisationaler Ebene (Verbesserung der Arbeitsbedingungen, indirekte Beeinflussung des Gehalts) [keine Einschränkungen bezüglich Typ der Raucherentwöhnung, z. B. Pharmakotherapie, verhaltensbasierte Unterstützung, Differenzierung zwischen vollen (umfasst verschiedene Typen von Interventionen, z. B. medikamentös und verhaltensbasiert) und partiellen Interventionen (nur ein Typ von Intervention)] -Begründung für die Durchführung der Intervention: Hypothese, dass finanzielle Unterstützung</p>	<p>mer) -Bericht von Inanspruchnahme oder -Registrierung für eine Behandlung bei Versorgungsanbietern oder Krankenversicherungen</p> <p>4. Wirtschaftliche Bewertung -Kosten pro zusätzlichem Abstinenzler (vormals Raucher) -Kosten pro gerettetem Lebensjahr (Life year saved, LYS) -Kosten pro gerettetem qualitätsberichtigtem Lebensjahr (Quality-adjusted life year saved, QALY)</p>		<p><u>Coverage</u> -Full coverage vs. partial coverage: no significant effect detected -Partial coverage vs. no coverage: no significant effect detected -Partial coverage vs. another partial coverage: no significant effect detected</p> <p><u>Costs</u> -Full coverage vs. partial or no coverage: costs per additional quitter ranging from \$119 to \$6450</p> <p><i>Conclusion:</i> -Increased proportion of smokers who attempt to quit, use smoking cessation treatments, and succeed in quitting through full financial interventions directed at smokers (vs. no financial intervention) -Costs per additional quitter: low to moderate -No detection of effect on smoking cessation from financial incentives directed at healthcare providers -In interpretation of results methodological qualities of included studies need to be taken into consideration</p>	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>für Raucher oder Vergütungen für deren Anbieter der Gesundheitsversorgung die Rate der erfolgreichen Versuche der Aufgabe des Tabakgebrauchs steigern kann</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention, Vergleich von verschiedenen Modellen der Übernahme (z. B. volle oder partielle Rückerstattung)</p> <p><i>Ausschluss:</i> Nicht spezifiziert</p>				
43	Rice, VH et al.: <i>Nursing interventions for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Beratung (kurz/intensiv) und/oder Strategien zur Unterstützung beim Erreichen einer Rauchabstinenz, Durchführer: Krankenpfleger -Definition kurze Beratung: verbale Instruktionen zum Erreichen einer Rauchabstinenz, mit/ohne Informationen über schädliche Wirkungen des Rauchens -Studien zu Raucherentwöhnungsinterventionen im Rahmen von multifaktoriellen Programmen nur eingeschlossen, wenn Outcomes in Bezug auf Rauchen unterscheidbar -Einteilung in hoch und niedrig intensive Inter-</p>	<p>Aufgabe des Tabakgebrauchs -Mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Gesundheitsversorgung und andere („any type“)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Raucher, 18 Jahre und älter, jedes Geschlecht, keine Studien mit alleiniger Zielgruppe schwangere Frauen, keine weiteren Angaben -Einschluss von Studien in denen frische Abstinenzler als Raucher klassifiziert sind, aber Sensitivitätsanalyse durchgeführt um evtl. Unterschiede aufzudecken</p>	<p><i>Studies:</i> 49 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not specified</p> <p><i>Results:</i> -Pooled effect of 35 studies (nursing intervention vs. control or usual care): RR of 1.29 (1.20,1.39) -Similar effect size in subgroup analysis of particularly low intensity interventions (but CI wider) -Limited evidence of superior effectiveness in hospital patients with cardiovascular disease over inpatients with other conditions -Benefit of intervention also in non-hospitalized adults</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> USA (17) UK (10) Niederlande (2) Schweden (1) Kanada (4) Australien (2) Norwegen (2) Japan (2) Südkorea (1) Belgien (1) Spanien (2) Dänemark (2) Honkong/China (1) Multicenter: Frankreich, Italien, Polen, Spanien, Schweden, UK, Niederlande, Dänemark (1)</p> <p><i>MIC</i> China (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>ventionen (niedrig intensiv: Beratung mit/ohne Broschüre in einer Sitzung von 10 Min. und weniger, höchstens eine weitere Sitzung; hoch intensiv: Erstkontakt länger als 10 Min., zusätzliches Material wie Handbücher, folgende Sitzungen)</p> <p>-Begründung für die Durchführung des Reviews: Interventionen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs, durchgeführt von Krankenpflegern haben Potential, aber sind noch zu wenig erforscht</p> <p><i>Kontrolle:</i> Normale Versorgung, Intervention anderer Intensität, andere Intervention</p> <p><i>Ausschluss:</i> Studien über Vergleich von Beratung mit Beratung in Kombination von NRT (geht um Wirksamkeit von NRT, nicht Beratung, Review vorhanden), Studien mit historischen Kontrollen</p>		<p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>-Additional components to the intervention are not detected to be beneficial (comparing different nurse-delivered interventions, 11 studies)</p> <p>-Nursing counselling interventions found to be less effective under following conditions: during a screening health check or as part of a multifactorial secondary prevention in general practice (6 studies, not included in main analysis)</p> <p><i>Conclusion:</i></p> <p>-Reasonable evidence for benefit of advice and / or counselling given by nurses on smoking cessation</p> <p>-Weaker evidence of an effect for brief interventions and when nurse is not trained in health promotion or smoking cessation</p> <p>-Future challenge: incorporation of smoking behaviour monitoring and smoking cessation interventions as part of standard practice (asking about tobacco use, advice/counselling on quitting, including reinforcement and follow-up)</p>	<p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien</u></p> <p>Die MIC-Intervention wurde als „hoch-intensiv“ klassifiziert. Sie war Teil einer multifaktoriellen Intervention bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und wurde mit normaler Versorgung verglichen. Das Ergebnis ist nicht signifikant positiv. Eine Aussage in Bezug auf die Wirksamkeit kann somit nicht getroffen werden. Das Gesamtergebnis aus allen Studien wird von der Studie aus der Region der MIC nicht bestätigt. Im Gegensatz zu dem positiven Trend im Gesamtergebnis kann hier keine eindeutige Aussage gemacht bzw. nicht auf einen signifikanten Trend hingewiesen werden. Der positive Effektschätzer im Einzelergebnis weist allerdings auf einen positiven Trend hin.</p> <p><i>LIC</i> -</p>
44	Rigotti, NA et al.: <i>Interventions for smoking cessation in hospital-</i>	<p><i>Intervention:</i> -Jede Intervention, die während eines Krankenhausaufenthaltes beginnt</p>	Rauchabstinenz / Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs	<p><i>Setting der Intervention:</i> Krankenhaus</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i></p>	<p><i>Studies:</i> 50 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i></p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> Niederlande (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
	<i>ised patients</i>	(auch wenn Weiterführung nach Entlassung) und die Motivation zur Aufgabe des Tabakgebrauchs steigert, Unterstützung bei einem Versuch zur Aufgabe bietet oder bei der Verhinderung von Rückfällen hilft -Durchführer: Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Berater zur Aufgabe des Tabakgebrauchs, Krankenhauspersonal -Komponenten der Intervention: z. B. Beratung, verhaltensbasierte Therapie, medikamentöse Behandlung (mit/ohne weiterem Kontakt nach Entlassung) -Umfassende Programme nur eingeschlossen, wenn Outcome bezüglich Aufgabe des Rauchens unterscheidbar und Details der Komponente verfügbar -Klassifizierung der verhaltensbasierten Interventionen nach Intensität / 4 Kategorien (ein Kontakt im Krankenhaus von bis zu 15 Min. / keine weitere Unterstützung, ein und mehr Kontakte im Krankenhaus von insgesamt über 15 Min. / keine weitere Unterstützung, jede Form des Kontakts	-Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention (12 Monate, wenn möglich) -Validierung durch Biomarker wenn möglich	Krankenhaus <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Patienten im Krankenhausaufenthalt, die rauchen (mindestens seit einem Monat während des Krankenhausaufenthalts) oder Ex-Raucher, die kürzlich mit dem Rauchen aufgehört haben (über einen Monat vor der Krankenhausaufnahme) -Beginn der Intervention im Akutkrankenhaus oder in Reha-Klinik -Alle rauchenden Patienten oder rauchende Patienten, die eine Rauchabstinenz nach Entlassung erreichen möchten -Einschluss von Studien, in denen ehemalige Raucher mit einer kürzlichen Aufgabe des Tabakgebrauchs als Raucher behandelt werden, aber Sensitivitätsanalyse um evtl. Unterschiede zu Studien festzustellen, die diese Personen ausschließen -Keine weiteren Angaben <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung	Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect method) <i>Heterogeneity:</i> Not specified <i>Results:</i> -Increased smoking cessation rates after discharge for intensive counselling (during hospital stay and supportive contacts for at least 1 month after discharge): RR of 1.37 (1.27,1.48) [25 trials] -Post-discharge contact vs. usual care: specific benefit (all participants received counselling intervention in the hospital) -Less intensive counselling interventions: no statistically significant benefit -Increased smoking cessation rates for NRT and intensive counselling vs. intensive counselling alone: RR of 1.54 (1.34,1.79) [6 trials] -Varenicline and intensive counselling: RR of 1.28 (0.95,1.74) [non-significant effect, 2 trials] -Bupropion and intensive counselling vs. intensive counselling alone: RR of 1.04 (0.75,1.45) [3 trials] -Subgroup of smokers admitted to hospital because of CVD -increased rate of smoking cessation through intensive intervention with follow-up support: RR of 1.42 (1.29,1.56), not with less intensive interventions -significant reductions in all-cause mortality and hospital admission rates over 2-year-follow-up-period	Dänemark (2) UK (4) USA (21) Kanada (8) Australien (4) Deutschland (3) Japan (1) Belgien (1) Spanien (2) Israel (1) Norwegen (1) <i>MIC</i> Brasilien (1) <u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In der MIC-Studie wurde eine intensive Intervention in Form von individueller Beratung und MI (mit Follow-up-Kontakten in Form von telefonischer Beratung bis zu vier Monaten nach Entlassung) im Vergleich zu einer kurzen Intervention (individuelle Beratung von 15 Min.) untersucht. Die Intervention wurde ohne Unterstützung durch Pharmakotherapie durchgeführt. Im Ergebnis unterschieden sich die Interventionen in Hinblick auf das Outcome Rauchabstinenz nicht (RR=1). Allerdings ist dieses Ergebnis nicht signifikant. Das Ergebnis deutet darauf hin, dass die Intensität der Intervention weniger bedeutsam sein könnte. Diese Aussage ist allerdings mit Unsicherheit unterlegt, weil der Effekt nicht signifikant ist. Das

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>im Krankenhaus / nachfolgende Unterstützung bis zu 1 Monat, jede Form des Kontakts im Krankenhaus / nachfolgende Unterstützung über 1 Monat)</p> <p>-Begründung für die Durchführung der Intervention:</p> <p>A) Tabakgebrauch führt zu vielen Krankheiten, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen (z. B. vaskuläre Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebs)</p> <p>B) Empfänglichkeit für die Tabakkontrollintervention ist in dieser Situation möglicherweise erhöht („teachable moment“)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Weniger intensive Intervention (kurze Beratung), normale Versorgung</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Studien der Sekundärprävention oder das Herz betreffender Rehabilitation, wenn nicht auf Basis der Rauch-Anamnese rekrutiert -Studien über Patienten in Einrichtungen, in denen primär psychische Störungen und Missbrauch von Suchtmitteln</p>			<p>for intensive counselling and pharmacotherapy for smokers admitted with CVD (1 trial) [conducted in acute care hospitals]</p> <p>-Intensive counselling interventions also effective in rehabilitation hospitals (smoking cessation rates): RR of 1.71 (1.37,2.14) [3 trials]</p> <p><i>Conclusion:</i> -Positive effect of high intensity behavioural interventions that begin during hospital stay and include at least one month of supportive contact after discharge on smoking cessation (independent of patient's admitting diagnosis and equal whether in rehabilitation or acute care settings) detected -No evidence for effect of lower-intensity and shorter-duration-interventions -Adding NRT to intensive counselling increases the effect significantly over counselling alone -Insufficient direct evidence for benefit of adding bupropion or varenicline to intensive counselling over intensive counselling alone</p>	<p>Ergebnis steht im Widerspruch zum Gesamtergebnis, aus dem hervorgeht, dass hoch-intensive Interventionen möglicherweise im Gegensatz zu weniger intensiven Interventionen stehen und deutlich wirksamer sind.</p> <p><i>LIC</i> -</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		behandelt werden				
45	Secker-Walker, R et al.: <i>Community interventions for reducing smoking among adults</i>	<p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Koordinierte, multidimensionale Programme mit dem Ziel einer Veränderung des Rauchverhaltens von Erwachsenen, unter Beteiligung verschiedener Bereiche einer Gemeinde in einem bestimmten geografischen Gebiet (Stadt, Distrikt/Landkreis/ Verwaltungsbezirk) -Beteiligung der Gemeindeglieder an Planung und Umsetzung, wenn möglich (Outcomes angepasst) -Keine Beschränkung auf bestimmte Interventionskomponenten -Begründung für die Durchführung der Intervention: Rauchverhalten wird durch den sozialen Kontext beeinflusst, umfassen -de/Mehrkomponenten und Gemeinde-basierte Interventionen stellen einen effektiven Public-Health-Ansatz dar, bei dem Individuen erfolgreich eingebunden werden können <p>Kontrolle: Nicht spezifiziert („Control community“)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rauchverhalten (Status, CPD) -Validierung durch Biomarker, wenn möglich -Unterscheidung nach Geschlecht, Alter, SES, wenn möglich -andere Tabakarten als Zigaretten nicht eingeschlossen 2. Vermittelnde Variablen: vorbereitende und bestätigende Faktoren (Wissen, Einstellungen, Kompetenzen [„skills“], sozialer Einfluss, Normen) 3. Prozess-Faktoren: Organisationsprozess innerhalb der Gemeinde, Beteiligung von Gemeinde-Mitgliedern (Kommunikationskanäle), Forschung, Evidenz, Kosten der Intervention 4. Morbidität und Mor- 	<p>Setting der Intervention: Gemeinde (Stadt, Distrikt/Landkreis/ Verwaltungsbezirk)</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Erwachsene (18 Jahre und älter), keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 37 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Not conducted due to heterogeneity of studies, narrative synthesis</p> <p>Heterogeneity: Content, length and intensity of the interventions, and in the study design, evaluation strategy (cohort follow-up/cross-sectional follow-up), measures of smoking behaviour used, length of follow-up</p> <p>Results: -Change in smoking prevalence: net decline from -0.2% to 3.5% (men and women combined, 11 studies) -women: -0.2% to 3.5% per year -men: -0.4% to 1.6% per year -Cigarette consumption and quit rates reported only in small number of studies (limited effect on prevalence in 2 most rigorous studies) -US COMMIT study: no differential decline in prevalence between intervention and control communities, no significant difference in quit rates in heavier smokers (target intervention group) -Australian CART study: significant greater quit rate for men, not for women</p> <p>Conclusion: -Failure of largest and best conducted studies to detect an effect on prevalence of smoking is disap-</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p>HIC UK (2) USA (12) Frankreich (1) USA und Kanada (1) Schweiz (2) Australien (2) Italien (1) DDR (1) BRD (2) Norwegen (2) USA und Mexiko (1) [<i>nicht als LMIC berücksichtigt, weil nicht getrennt ausgewertet</i>] Niederlande (3) Kanada (1) Dänemark (1) Finnland (1) Irland (1) Schweden (1)</p> <p>MIC Indien (1) Südafrika (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In der Studie aus Indien („Anti-Tobacco Education Project“) konnte nach einem Follow-up von sechs Jahren die Prävalenz des Tabakgebrauchs abgesenkt werden. Die Raten der Aufgabe des Tabakgebrauchs waren in der Vergleichsgemeinde größer als in der Kontrollgemeinde und die Raten der Aufnahme des Tabak-</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p><i>Ausschluss:</i> Andere Formen des Tabakgebrauchs (als Zigaretten)</p>	<p>alität (kardiovaskulär): da in weniger als 1/3 der Studien berichtet, wurde dieses Outcome ausgeschlossen</p>		<p>pointing -Community approach still important part of health promotion activities, but limited effect in determining the scale of projects and resources devoted to them needs to be taken into account</p>	<p>gebrauchs niedriger (bei Frauen und Männern). In der Studie aus Südafrika („Coronary Risk Factor Study“, Ziel: Reduzierung kardiovaskulärer Risikofaktoren) waren am Ende der vierjährigen Interventionsperiode die Rauchprävalenz und der Pro-Kopf-Zigarettengebrauch in den beiden Interventionsstädten bei Frauen und Männern niedriger als in der Kontrollstadt. Nach insgesamt zwölf Jahren war dieser Effekt allerdings nicht mehr vorhanden. Die Stadt mit der hochintensiven Intervention lag dann in Bezug auf Rauchprävalenz und Zigarettenkonsum an gleicher Stelle wie die Kontrollstadt. Lediglich in der Stadt mit geringer intensiver Intervention war der Effekt geblieben. Die MIC-Studien weisen einen positiven Trend auf, der im Gegensatz zur Schlussfolgerung der Autoren in Bezug auf das Gesamtergebnis steht. Allerdings muss bedacht werden, dass es sich um nicht robuste Studiendesigns handelt und somit das Ergebnis der MIC-Studien in Frage gestellt werden muss. Dies entspricht dem unklaren Gesamtergebnis.</p> <p><i>LIC</i> -</p>
46	Sinclair, HK et al.: <i>Community</i>	<p><i>Intervention:</i> -Jede Intervention durch Apothekenmitarbeiter zur</p>	<p>Rauchabstinenzrate/Rate der Aufgabe des Tabakge-</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Apothke („community pharmacy“)</p>	<p><i>Studies:</i> 2 studies included</p>	<p>Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus:</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	<p><i>pharmacy personnel interventions for smoking cessation</i></p>	<p>Förderung der Aufgabe des Tabakgebrauchs bei Kunden -Durchführung durch 1 oder mehrere Apotheker und/oder Apothekenmitarbeiter -Beratung oder intensive VT Intervention (mit/ohne NRT oder andere medikamentöse Behandlung) -Begründung für die Durchführung des Reviews: Apotheker ist einer der wenigen Gesundheitsexperten, der regelmäßigen Kontakt mit hoher Anzahl an gesunden und kranken Personen hat, laut Evidenz hat Apotheker/Apothekenmitarbeiter wichtige Rolle in der Förderung der Aufgabe des Tabakgebrauchs, Review zur Überprüfung dieser Hypothese (durch Analyse robuster Studien)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Normale Unterstützung in Apotheken, weniger intensive Programme</p> <p><i>Ausschluss:</i> Pharmazeutische Studien, in denen nur NRT mit einer Kontrolle im</p>	<p>brauchs -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Apotheke („community pharmacy“)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher mit Intention eine Rauchabstinenz zu erreichen, Kunden in einer Apotheke, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung und Apothekenangestellte (da Studien auch eine Trainingsintervention umfassten)</p>	<p><i>Meta-Analysis:</i> Not conducted (absence of consensus on how to pool cluster level data), narrative synthesis</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Significant (studies could not be pooled, see “Meta-Analysis”)</p> <p><i>Results:</i> -Both trials involved training intervention (Stages of Change Model), support programme involving counselling and record keeping against usual pharmacy support, high proportion of participants (intervention and control) began using NRT -Study 1: significant difference in self-reported cessation rates at 12 months (14.3% vs. 2.7%) -Study 2: positive trend at each follow-up with 12% vs. 7.4% at 9 months</p> <p><i>Conclusion:</i> -There may be a positive effect of the intervention on smoking cessation -Weak evidence due to a significant trend only in 1 of 2 studies</p>	<p>UK (Nordirland, England) (1) UK (Schottland) (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		Apothekensetting verglichen wird				
47	Stanton, A & Grimshaw, G: <i>Tobacco cessation interventions for young people</i>	<i>Intervention:</i> -Bedarfsgerechte (Menschen unter 20 Jahre) und allgemeine Interventionen (auch für Erwachsene) zur Unterstützung von jungen Menschen bei der Aufgabe des Tabakkonsums (auch Rückfall-Behandlung) -Richtet sich an junge Individuen oder deren Organisationen, z. B. Schule, Familie, Gemeinde (bei komplexen Programmen) -Beispiele der Intervention: medikamentöse Behandlung, psychosoziale Intervention (z. B. Selbstwirksamkeitssteigerung), Life-skills -Bei komplexen Programmen (Gemeindebasierte Programme der Primärprävention), „Gesundheitsaufklärung“/Lehrplan-basierte Interventionen, massenmediale Interventionen folgende Voraussetzungen: Teile der Intervention verfolgen ausdrücklich das Ziel der Aufgabe des Tabakgebrauchs, Teilintervention kann getrennt bewertet werden, Intervention entspricht Ein-	1. Änderungen des Rauchverhaltens/Rauchstatus (Aufgabe des Tabakgebrauchs, Rauchabstinenz) -Mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 2. Rekrutierungsart (z. B. Einladungen, mediale Kampagnen) und Randomisierung (individuell, organisationale Ebene) 3. Beteiligung und Verbleiben in der Maßnahme (Loss to follow-up) 4. UW	<i>Setting der Intervention:</i> Jedes Setting („no restrictions“), z. B. Schule, Krankenhaus, Arztpraxis, Zahnarzt <i>Setting der Rekrutierung:</i> Meistens Erziehungsumfeld („educational setting“) <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Junge Raucher (unter 20 Jahren, mindestens 1 Zigarette in der Woche in den letzten 6 Monaten konsumiert) -Studien eingeschlossen, die auch Raucher über 20 Jahren untersuchen, wenn Mehrheit unter 20 (Programm ist vor allem auf die Bedürfnisse von unter 20-Jährigen gerichtet) -Intervention kann sich auch an Organisationen richten, in denen sich junge Raucher befinden (dann muss Outcome Bezug zu jungen Rauchern haben) -Keine weiteren Angaben <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Out-	<i>Studies:</i> 28 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect method), based on quit rates and longest follow-up <i>Heterogeneity:</i> Clinical heterogeneity within trials on complex interventions, including CBT <i>Results:</i> -Many studies of complex interventions (combination of different components) of motivational enhancement and some form of psychological support like CBT, some tailored to stage of change (TTM) -3 trials, based mainly on TTM interventions: RR of 1.56 (1.21,2.01) [Outcome 1, at 1 year] -12 trials included some form of motivational enhancement: RR of 1.60 (1.28,2.01) [Outcome 1] -13 trials of CBT within complex interventions: no statistically significant effects (not pooled, clinical heterogeneity) [Outcome 1] -6 studies of “Not on Tobacco programme”: RR of 1.31 (1.01,1.71) [short time spans in cessation outcomes] -2 trials of Bupropion (1 of different doses, 1 as adjunct to NRT): no significant effect (Outcome 1)	Studien stammen aus: <i>HIC</i> UK (1) USA (24) Australien (1) Kanada (1) <i>MIC</i> Russland (1) <i>LIC</i> - <u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studie:</u> In der Studie aus Russland wurde eine komplexe Intervention mit CBT und Motivations-Enhancement-Therapie mit normaler Versorgung in einem Sommerferien-Freizeitcamp verglichen. Dabei wurde ein positiv nicht signifikanter Trend mit breitem Konfidenzintervall erreicht. Damit entspricht das Ergebnis der MIC-Studie annähernd dem Gesamttrend, da hier zwar deutlicher auf einen positiven Effekt hingedeutet wird, dieser aber auch nicht ganz sicher scheint.

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>schlusskriterien des Reviews -Begründung für die Durchführung des Reviews: Kindheit und Jugend sind kritische Lebensphasen für die Aufnahme des Tabakgebrauchs und die Entwicklung der Nikotinabhängigkeit, Unklarheit bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen, die für Erwachsene zugeschnitten sind für junge Menschen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention; verspätete Intervention (nach Abschluss der Datenerhebung und Follow-up); kurze Intervention (Information, Informationsmaterial); standardisierte Information, die sich an alle Studienteilnehmer richtet; andere Intervention zur Aufgabe des Tabakgebrauchs</p> <p><i>Ausschluss:</i> Präventionsprogramme (Reviews vorhanden), Programme die ausschließlich Rückfallprävention verfolgen, Interventionen die sich ausschließlich an Schwange-</p>		come-Messung	<p>-Adverse events (Outcome 4) -pharmacotherapy: mostly mild -behavioural interventions: no AE</p> <p><i>Conclusion:</i> -Complex interventions are likely to be effective on abstinence, especially those including elements of stages of change (TTM), motivational enhancement and CBT -More data on sustained quitting needed (episodic nature of adolescent smoking) -No evidence of benefit of pharmacotherapies (few trials, NRT and bupropion) -Not yet sufficient evidence to be able to recommend widespread implementation of any one model -Need for well-designed adequately powered RCTs for interventions for young people</p>	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		re richten (Review vorhanden), Interventionen die sich primär an Erwachsene richten				
48	Stead, LF et al.: <i>Physician advice for smoking cessation</i>	<p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beratung zur Förderung der Aufgabe des Tabakgebrauchs -Beratung: verbale Anleitung mit einer Botschaft, den Tabakgebrauch zu unterlassen (mit/ohne Informationen über die schädlichen Auswirkungen des Gebrauchs) -Durchführer: Ärzte mit/ohne Unterstützung durch weitere Gesundheitsexperten -Minimale Intervention: Beratung mit/ohne Broschüre in einer Sitzung bis zu 20 Min., bis zu eine Follow-up-Sitzung -Intensive Intervention: höhere Zeitspanne der Eingangssitzung, Begleitmaterial, mehr als 1 Follow-up-Sitzung -Zusatzstrategien: z. B. Aufzeigen des Kohlenmonoxid-Gehalts bei Ausatmung, Lungenfunktionstests, Selbsthilfe-Handbücher -Begründung für die Durchführung der Intervention: bedeutende Rolle von Ärzten in den Bereichen der Gesund- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aufgabe des Tabakgebrauchs -Mindestens 6 Monate Follow-up -Validierung durch Biomarker, wenn möglich 2. Effekt auf Morbidität und Mortalität 	<p>Setting der Intervention: Primärversorgung, Krankenhäuser</p> <p>Setting der Rekrutierung: Jedes Setting („any“)</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Raucher, jedes Geschlecht, keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 42 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Where possible (Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p>Heterogeneity: In some subgroups, overall consistent relative effects</p> <p>Results:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pooled effect of 17 studies (brief advice vs. no advice or usual care): RR of 1.66 (1.42,1.94) [Outcome 1] -Pooled effect of 11 studies, interventions judged to be more intensive: RR of 1.84 (1.60,2.13) [but no statistically difference between intensive vs. minimal subgroups, Outcome 1] -Direct comparison between intensive vs. minimal advice: RR of 1.37 (1.20,1.56) [Outcome 1] -Direct comparison also suggested small benefit of follow-up visits [Outcome 1] -1 study of effect of smoking advice on mortality: no statistically significant differences in death rates at 20-year follow-up [Outcome 2] <p>Conclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Small effect of simple advice on smoking cessation (increase of quitting by further 1 – 3% possible) 	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> UK (11) Schottland (1) USA (9) Schweden (1) Kanada (5) Norwegen (1) Japan (1) Niederlande (1) Deutschland (2) Spanien (1) Niederlande (1) Australien (3) Italien (1) Frankreich (1) Hongkong/China (1) <p><i>Ohne Spezifizierung</i> (2)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>heitsaufklärung und –förderung, Public-Health-Bedeutung (auch wenn nur kleiner Effekt, ist dieser ausschlaggebend, wenn hohe Anzahl an Ärzten Interventionen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs durchführt)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Beratung, normale Versorgung, andere Intensität der Beratung</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Historische Kontrollen -Schwangere als alleinige Zielgruppe (Review vorhanden) -Studien über Vergleich von Beratung mit Beratung in Kombination von NRT (geht um Wirksamkeit von NRT, nicht Beratung, Review vorhanden) -Studien über Raucherentwöhnungsberatung als Teil einer Mehrkomponenten-Lebensstil-Beratung (z. B. inkl. Ernährungs- und Bewegungsberatung) -Studien über Trainings in Beratung zur Rauchabstinenz für Therapeuten (Review vorhanden)</p>			<p>-Additional components have a rather small effect -Small additional benefit of more intensive vs. brief interventions</p>	
49	Stead, LF et al.: <i>Telephone counselling for smok-</i>	<p><i>Intervention:</i> -Proaktive (Berater beginnt einen oder mehrere</p>	<p>Aufgabe des Tabakgebrauchs -Mindestens 6 Mo-</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> „Quitline“ und andere (z. B. Gesundheitsversor-</p>	<p><i>Studies:</i> 77 studies included</p>	<p>Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus:</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	<p><i>ing cessation</i></p>	<p>Anrufe, z. B. in Begleitung von persönlicher Beratung oder medikamentöser Behandlung) und reaktive telefonische Beratung (wenn Raucher oder deren Freunde oder Familien sich an bestimmte Services wenden: z. B. „Quitlines“, „Hotlines“, „Helplines“) -Kombination mit Selbsthilfe-Materialien akzeptiert (wg. begrenztem Effekt von Selbsthilfe-Materialien alleine) -Begründung für die Durchführung der Intervention: telefonische Dienste können Rauchern Information und Unterstützung geben -Anmerkung: Anruf bei einer Hotline (reaktiv) kann auch Beginn von proaktiver telefonischer Beratung sein</p> <p><i>Kontrolle:</i> Selbsthilfe, Intervention geringerer Intensität, medikamentöse Behandlung</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Telefonische Beratung als Rückfallpräventions-Intervention (Review vorhanden) -Telefon-Komponente</p>	<p>nate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p>gung)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> „Quitline“ und andere (z. B. Gesundheitsversorgung)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher und Ex-Raucher, die kürzlich mit dem Rauchen aufgehört haben; keine Studien, die nur Ex-Raucher als Zielgruppe haben; Jugendliche und Schwangere als alleinige Zielgruppe von Studien akzeptiert, aber als Heterogenitätsquelle bei Meta-Analyse berücksichtigt; keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Eg. proactive vs. reactive approaches to counselling, amount of support given to control group, single vs. multicomponent programme</p> <p><i>Results:</i> <u>Calls to helplines (smokers contacted help-lines)</u> -benefit of multiple sessions of proactive counselling in 9 studies: RR of 1.37 (1.26,1.50) -mixed evidence on increasing number of calls (most trials used more than 2 calls) -no difference between different counselling approaches (during a single quitline contact) detected -significant benefit of providing access to a hotline detected in 2 studies, in 1 no benefit detected <u>Telephone counselling not initiated by calls to helplines</u> -increased quitting in 51 studies: RR of 1.27 (1.20,1.36) -effect slightly larger if more calls offered and smokers motivated to quit -relative extra benefit of counselling smaller when provided in addition to pharmacotherapy (usually NRT) than when control group only received self-help material or a brief intervention 8 studies not included in meta-</p>	<p><i>HIC</i> USA (55) UK (2) Australien (8) Kanada (5) England (1) Deutschland (2) Norwegen (1) Spanien (2) Hongkong/China (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		nicht unterscheidbar bei Integration in andere Intervention wie persönliche Beratung			<p><u>analysis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -different intensities of counselling, dose-response detected (2 studies), benefit of multiple counselling sessions over single call for prescribed bupropion (1 study) -test of variety of interventions: largely involving offering telephone counselling as part of a referral or systems change (no evidence of effect) <p><i>Conclusion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Proactive telephone counselling is an aid for smokers who seek help from quitlines -Telephone quitlines: important route of access to support for smokers (call-back counselling enhances usefulness) -Optimal number of calls: limited evidence -Proactive telephone counselling: also of help to people who receive it in other settings -Some evidence of a dose-response, 1 or 2 brief calls less likely to provide measurable benefit, 3 or more calls increase chances of quitting compared to minimal intervention such as providing standard self-help materials, or brief advice, or compared to pharmacotherapy alone 	
50	Stead, LF & Hughes, JR: <i>Lobeline for smoking cessation</i>	<i>Intervention:</i> -Medikamentöse Behandlung mit Lobelin (jede Form) -Wirkmechanismus: partieller Nikotin-Agonist	Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn	<i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert	<i>Studies:</i> No trials met full inclusion criteria, including long-term follow-up <i>Meta-Analysis:</i> No trials met full inclusion criteria,	Keine Studien eingeschlossen (<i>Einschlusskriterien nicht erfüllt</i>)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>-Begründung für die Durchführung des Reviews: frühere Studien selten mit Placebo oder anderer Kontrolle, selten Follow-up nach Behandlungsende, geringe methodische Qualität</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo, alternative Therapie</p> <p><i>Ausschluss:</i> Nicht kontrollierte Studien, kurzes Follow-up</p>	<p>der Behandlung -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher (jeder), keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>including long-term follow-up</p> <p><i>Heterogeneity:</i> No trials met full inclusion criteria, including long-term follow-up</p> <p><i>Results:</i> -No trials met full inclusion criteria, including long-term follow-up -No effect on short-term abstinence in one large trial</p> <p><i>Conclusion:</i> -No evidence available on long-term effect of lobeline on smoking cessation -Evidence on short-term effect suggests no benefit</p>	
51	<p>Stead, LF & Lancaster, T: <i>Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation</i></p>	<p><i>Intervention:</i> -Interventionen zur Steigerung der Aufgabe des Tabakgebrauchs durch verhaltensbasierte Unterstützung bei Zugang zu medikamentöser Behandlung -Begründung für die Durchführung des Reviews: Kombination von verhaltensbasierter und medikamentöser Behandlung zur Aufgabe des Tabakgebrauchs wird empfohlen, aber die Stärke der Wirksamkeit bei verschiedenen Kombinationen, Settings und Populationen ist noch unklar</p>	<p>Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinienz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Settings der Gesundheitsversorgung und Gemeinde</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Settings der Gesundheitsversorgung und Gemeinde</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Raucher, rekrutiert in jedem Setting, mit/ohne Intention eine Rauchabstinienz zu erreichen, mit/ohne Eignung für medikamentöse Behandlung, keine weiteren Angaben -Keine Studien mit alleiniger Zielgruppe</p>	<p><i>Studies:</i> 41 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Setting, participant selection, intervention provider, number of sessions, total duration of contact, take-up of treatment (compliance)</p> <p><i>Results:</i> -Most studies provided NRT, behavioural support mostly by specialists in cessation counselling, 4 - 8 contact sessions, 30 – 300 min. per session -Large treatment effect in 1 study (the Lung Health Study) of a particularly intensive intervention: RR of</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> USA (21) Australien (3) Kanada (4) Japan (1) Spanien (2) Niederlande (1) UK (2) Schweden (1) Italien (1) Dänemark (3) Hongkong/China (1)</p> <p><i>MIC</i> Brasilien (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus der MIC-Studie:</u> In der Studie aus Brasilien wurden zwei Interventionen mit einer</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p><i>Kontrolle:</i> Kein systematisches Angebot von Pharmakotherapie, normale Versorgung, Selbsthilfematerial, kurze Beratung zur Raucherentwöhnung (niedrigere Intensität als Intervention)</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Weniger als 20% der Studienteilnehmer geeignet für oder in medikamentöse/er Behandlung -Wenn schriftliche Informationen oder kurze Anleitungen zu Medikamenten als verhaltensbasierte Unterstützung betrachtet wurden</p>		<p>Schwangere und Jugendliche (Reviews vorhanden)</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>3.88 (3.35,4.50) [not pooled in other analyses] -Combination pharmacotherapy and behavioural treatment vs. control (usual care, brief advice, less intensive behavioural support) in other studies [40]: RR of 1.82 (1.66,2.00) -Pooling according to recruitment in healthcare vs. community setting: RR of 2.06 (1.81,2.34) [31 trials] vs. RR of 1.53 (1.33,1.76) [8 trials] -Pooling according to provider (specialist counsellors vs. counselling linked to usual care): RR of 1.73 (1.55,1.93) [28 trials] vs. RR of 2.41 (1.91,3.02) [8 trials] (largely attributable to small effect size in 2 trials using specialist counsellors where take-up of the planned intervention was low, and usual provider trial with a large effect) -Difference according to requirement of motivation to quit by participants: little indirect evidence -Larger effects in studies offering more sessions: weak evidence -Larger effect in studies offering increased duration of contact: no clear evidence -Dose-response relationship when analysis limited to trials where take-up of treatment was high: some evidence</p> <p><i>Conclusion:</i> -Interventions of pharmacotherapy and behavioural support increase smoking cessation success compared to minimal intervention or usual care</p>	<p>kurzen Interventionen verglichen. In beiden Interventionen wurde CBT durchgeführt, jedoch in unterschiedlicher Intensität. Dazu wurde NRT angeboten. Die Interventionen wurden durch geschulte Berater durchgeführt. Die Compliance war hoch und die Motivation zur Behandlung ein Einschlusskriterium. Das Ergebnis ist ein positiv signifikanter Trend. Das entspricht dem Gesamtergebnis.</p> <p><i>LIC</i> -</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					-Offering more intensive behavioural support in relation to larger treatment effects: no strong evidence (could be because intensive interventions are less likely to be delivered in full)	
52	Stead, LF & Lancaster, T: <i>Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation</i>	<i>Intervention:</i> -Interventionen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs bei Zugang zu medikamentöser Behandlung (z. B. NRT, Vareniclin, Bupropion oder Nortriptylin oder Kombinationen) -Begründung für die Durchführung des Reviews: medikamentöse und verhaltensbasierte Behandlung haben möglicherweise komplementären Wirkmechanismus, Vergleich verschiedener Intensitäten begleitender verhaltensbasierter Interventionen bei Zugang zu Pharmakotherapie, Review zum Vergleich von kombinierter verhaltensbasierter Intervention mit Pharmakotherapie mit normaler Versorgung oder verhaltensbasierter Behandlung ohne Pharmakotherapie vorhanden <i>Kontrolle:</i> Niedrigere Intensität der verhaltensbasierten Intervention	Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinienz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker wenn möglich	<i>Setting der Intervention:</i> Settings der Gesundheitsversorgung und Gemeinde <i>Setting der Rekrutierung:</i> Settings der Gesundheitsversorgung und Gemeinde <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Raucher, mit/ohne Intention eine Rauchabstinienz zu erreichen, Bereitschaft zu medikamentöser Behandlung, Rekrutierung in jedem Setting, keine weiteren Angaben -Keine Studien mit alleiniger Zielgruppe Schwangere oder Jugendliche (Reviews vorhanden) <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung	<i>Studies:</i> 38 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect model) <i>Heterogeneity:</i> Intensity of support, definition and duration of follow-up, use of biochemical validation <i>Results:</i> -Most studies used 4 or more sessions of support and NRT -No significant effects where pharmacotherapy was Nortriptylin (2 trials) and varenicline (1 trial): reflects absence of evidence -More intensive support: RR of 1.16 (1.09,1.24) [all studies pooled, abstinence at longest follow-up] -Subgroup analysis -at least 4 sessions of personal contact vs. no personal contact: RR of 1.25 (1.08,1.45) [6 trials] & intervention counselling via telephone: RR of 1.28 (1.17,1.41) [6 trials] -additional behavioural support provided to intervention and control group (at least 30 min. of personal contact): RR of 1.11 (0.99,1.25) [18 trials] -Differences between subgroups not	Studien stammen aus: <i>HIC</i> USA (30) UK (1) Deutschland (1) Australien (1) Kanada (1) Griechenland (1) Dänemark (1) Niederlande (1) <i>MIC</i> Brasilien (1) <u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In der Studie aus Brasilien wurde eine persönliche verhaltensbasierte Intervention mit NRT mit einer verhaltensbasierten Intervention geringerer Intensität verglichen. Das Ergebnis war ein nicht signifikant positiver Trend. Der Effektschätzer entspricht dem positiven Gesamttrend. Hingegen weicht das nicht signifikante Konfidenzintervall davon ab. <i>LIC</i> -

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p><i>Ausschluss:</i> Studien über spezifische verhaltensbasierte Komponenten, in denen Kontrollen nach Kontakt-Frequenz und –dauer gematcht wurden</p>			<p>significant, last 2 subgroup-analyses not prespecified</p> <p><i>Conclusion:</i> -Small but important effect of behavioural support in person or via telephone for people using pharmacotherapy to stop smoking -10 to 25% chance of increase of success by increasing amount of behavioural support (pooled estimate from 38 trials) -Benefit could be a little greater when contrast is between a no contact control and a behavioural intervention that provides at least 4 sessions of contact (according to a subgroup analysis of a small number of trials) -There may be a smaller incremental benefit from providing even more intensive support via more or longer sessions over and above some personal contact (according to subgroup analysis)</p> <p><i>Anmerkung: 6 Studien auch in Stead 2012a verwendet</i></p>	
53	Stead, LF & Lancaster, T: <i>Interventions to reduce harm from continued tobacco use</i>	<p><i>Intervention:</i> -Interventionen zur Reduktion der gerauchten Tabakmenge, u. a. durch Wechsel zu einem wahrscheinlich weniger schädlichen Produkt, PREP oder andere Veränderungen der Eigenschaften von Zigaretten -Begründung für die</p>	<p>1. Langfristige Änderungen im Gesundheitszustand (unwahrscheinliches Outcome in RCTs)</p> <p>2. Veränderungen der Menge des Tabakgebrauchs in Pro-</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Gemeinde („most studies“)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher mit/ohne Intention eine Rauchabstinenz</p>	<p><i>Studies:</i> 19 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Trials with similar interventions and outcomes (fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Not specified</p> <p><i>Results:</i></p>	<p>Keine Studien aus LMIC</p> <p>Studien stammen aus:</p> <p>Australien (1) Deutschland und Schweiz (1) Schweiz (2) USA (11) Deutschland (1) Tschechische Republik (1) Dänemark (2)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>Durchführung des Reviews: Förderung der Schadensminderung durch Reduzierung der konsumierten Menge oder Nutzung weniger schädlicher Produkte wird kontrovers diskutiert (z. B. können weniger schädliche Produkte dazu führen, dass weiter geraucht wird, ohne den Schaden wesentlich zu minimieren), Review will herausfinden ob Schadensminderungsinterventionen einen Einfluss auf Biomarker, CPD, Aufgabe des Tabakgebrauchs und langfristigen Gesundheitszustand haben</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo, keine Intervention, kurze Intervention</p> <p><i>Ausschluss:</i> Interventionen, in denen die Reduktion der CPD in einer kurzen Zeitperiode oder die Veränderung der Eigenschaften der gerauchten Zigaretten (z. B. Nikotin-Verringerung) als Vorstufe zu einer Rauchabstinenz betrachtet werden</p>	<p>zent (ab Beginn der Studie) -Follow-up nach mindestens 6 Monaten -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>3. Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p>zu erreichen, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>-Most trials: evaluation of effect of NRT to assist reduction -NRT (nicotine gum, inhaler, choice of product) vs. placebo: RR of 1.72 (1.41,2.10), Outcome: reduced CPD [Outcome 2], 9 trials (CO and cotinine showed smaller reductions than CPD) -Sustained reduction of 50% and more: only a small number of people (treatment and control group) -NRT on odds of quitting: RR of 1.73 (1.36,2.19) [Outcome 3] -1 trial of bupropion: no detection of effect on reduction or cessation -No clear evidence for different types of advice and instructions on reducing CPD (4 trials) -Reduction in exposure to some toxicants in 1 study comparing cigarettes with different tar levels and 1 study of carbon filters, but unclear if risk of harm would alter substantially -Some evidence of improvements in markers of cardiovascular risk in 1 study of electrically heated cigarette smoking system</p> <p><i>Conclusion:</i> -Interventions intended to help smokers reduce but not quit smoked tobacco use not clearly found to be beneficial in the long term (insufficient evidence) -Nicotine gum or inhaler can be used for people not wishing to quit (help to cut down the number of cigarettes smoked and reduce CO levels), but long-term health benefit of a reduction in smoking rate is</p>	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					unclear, and likely to be small (NRT more appropriately used as a precursor to quitting)	
54	Stead, LF & Lancaster, T: <i>Nicobrevin for smoking cessation</i>	<p>Intervention: -Medikamentöse Behandlung mit Nicobrevin (Behandlung über 28 Tage) -Nicobrevin enthält Chinin, Menthylvalerat, Kampfer und Eukalyptusöl -Begründung für Durchführung des Reviews: Nicobrevin wird in 11 Ländern zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs vermarktet; mögliche Wirkmechanismen sind Reduzierung des Verlangens zu rauchen, Lösung von Verstopfungen der Atemwege und gastrointestinalen Störungen, beruhigende Wirkung; Review will herausfinden, ob Nicobrevin zur Unterstützung einer langfristigen Aufgabe des Tabakgebrauchs wirksam ist</p> <p>Kontrolle: Placebo, alternative Therapie</p> <p>Ausschluss: Nicht spezifiziert</p>	Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker wenn möglich	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Raucher mit Intention für eine Rauchabstinenz, keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: No trials met full inclusion criteria, including long-term follow-up</p> <p>Meta-Analysis: No trials met full inclusion criteria, including long-term follow-up</p> <p>Heterogeneity: No trials met full inclusion criteria, including long-term follow-up</p> <p>Results: No trials met full inclusion criteria, including long-term follow-up</p> <p>Conclusion: -No evidence available on long-term effect of Nicobrevin on smoking cessation</p>	Keine Studien eingeschlossen <i>(Einschlusskriterien nicht erfüllt)</i>
55	Stead, LF & Lancaster, T:	<p>Intervention: -Geplante Treffen für</p>	Rauchabstinenz -Mindestens 6 Mo-	Setting der Intervention: Nicht spezifiziert	Studies: 53 studies included	Studien stammen aus:

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	<p><i>Group behaviour therapy programmes for smoking cessation</i></p>	<p>Raucher, die eine verhaltensbasierte Intervention enthalten (z. B. Information, Beratung, Ermutigung, CBT), mindestens 2 Sitzungen -Auch als Zusatz zu NRT -Beschreibung der Methode: Gruppentherapie ist üblich zur Förderung der Aufgabe des Tabakgebrauchs, gibt über 100 Formen; Ziele: Analyse der Verhaltensweisen der Teilnehmer, soziales Lernen ermöglichen, emotionale Erfahrungen ermöglichen, Informationen teilen, neue Fähigkeiten erwerben -Begründung für die Durchführung des Reviews: Gruppentherapie ist möglicherweise effektiver und kosteneffizienter als Einzelbehandlung, Review will Wirksamkeit der Gruppentherapie allgemein sowie einzelne wirksame Komponenten evaluieren</p> <p><i>Kontrolle:</i> Selbsthilfe, Einzelberatung, andere Intervention, keine Intervention (beinhaltet normale Versorgung und Wartelistenkontrollen)</p>	<p>nate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Jedes Setting, mit Ausnahme von schwangeren Frauen in der Schwangerschaftsfürsorge (Review vorhanden)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher (jedes Geschlecht), keine Einschränkungen bezüglich der Stärke der Nikotinabhängigkeit, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Meta-Analysis:</i> Where possible (Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Statistical heterogeneity between trials in the comparison of group programmes with no intervention controls (no pooling)</p> <p><i>Results:</i> -Group programme vs. self-help-programme (13 trials): RR of 1.98 (1.60,2.46) -Group programmes vs. individual counselling of similar intensity: no evidence for an advantage of group programmes -Addition of group programmes to other forms of treatment (advice, NRT): limited evidence of extra benefit -Acceptance of treatment by participants: variable -Programmes with components for increasing cognitive and behavioural skills vs. programmes without these components: no extra benefit</p> <p><i>Conclusion:</i> -Group therapy superior to self-help and other less intensive interventions in helping people to stop smoking -Not enough evidence to determine whether group therapy is more (cost-) effective than intensive individual counselling -Not enough evidence to determine</p>	<p><i>HIC</i> Norwegen (1) Deutschland (3) USA (33) Spanien (3) Frankreich (2) Australien (1) Kanada (4) Dänemark (1) UK (1) Hongkong/China (1)</p> <p><i>MIC</i> Brasilien (1) Jamaica (1) China (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In den drei MIC-Studien wurden unterschiedliche Formen von Gruppentherapie mit unterschiedlichen Interventionen verglichen. Komponenten der Gruppentherapie waren z. B. CBT, Selbstwirksamkeitstraining und Methoden nach dem TTM. In zwei der Studien wurde zusätzlich NRT angeboten. Die Vergleichsgruppen waren zweimal etwas weniger intensive Interventionen und einmal eine Wartelistenkontrolle. Die Ergebnisse waren zweimal positiv nicht signifikant und einmal positiv signifikant mit einem breiten Konfidenzintervall. Somit ist eine gewisse Übereinstimmung mit dem positiven Gesamtergebnis gegeben.</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p><i>Ausschluss:</i> Studien zu -Informations- und Orientierungstreffen, einmalig -Gruppentreffen primär zur Effektivität von aversivem Rauchen, Akupunktur, Hypnotherapie, Bewegung oder Unterstützung durch Partner (Reviews vorhanden) -Prävention von Rückfällen (Review vorhanden) -Gruppentherapie als Zusatz zu aktiver oder Placebo-medikamentöser Behandlung, wenn nicht andere relevante Studienarme</p>			<p>whether particular psychological components are more beneficial than support and skills training normally included</p>	<p>LIC -</p>
56	<p>Stead, LF & Lancaster, T: <i>Interventions for preventing tobacco sales to minors</i></p>	<p><i>Intervention:</i> -Bildung/Aufklärung -Stärkung der Gesetzesumsetzung -Gemeinde-basierte Interventionen -Kombinationen der Strategien -Ziel: Einzelhändler davon abhalten, Tabakprodukte an Minderjährige zu verkaufen -Begründung für die Durchführung des Reviews: obwohl Gesetze zur Einschränkung des Verkaufs von Tabakprodukten an Minderjährige in vielen Ländern existieren, können Jugendliche oftmals Zigaretten käuf-</p>	<p>1. Illegale Verkäufe von Tabakprodukten (gemessen an versuchten Kaufhandlungen durch Minderjährige) 2. Wahrnehmung der Möglichkeiten des Zugangs zu Zigaretten (bei Minderjährigen) 3. Prävalenz des Tabakgebrauchs bei Minderjährigen (Selbstauskünfte akzeptiert)</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Minderjährige (Alter nach legaler Definition der jeweiligen Gemeinde) <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Einzelhändler</p>	<p><i>Studies:</i> 35 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Not conducted, due to heterogeneity of study designs and types of interventions, narrative synthesis (greater weight given to controlled studies) <i>Heterogeneity:</i> Study designs and types of interventions <i>Results:</i> -Giving retailers information less effective in reducing illegal sales than active enforcement and/or multicomponent educational strategies (Outcome 1) -Compliance in all strategies not</p>	<p>Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus: Kanada (2) UK (3) USA (22) Australien (8)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>lich erwerben; es wird nach Strategien gesucht, die den Zugang am besten verhindern sowie der Effekt der Strategien auf den tatsächlichen Tabakgebrauch von Jugendlichen untersucht</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention, andere Intervention, Daten aus staatlichen Studien, Vorher-Nachher-Vergleich</p> <p><i>Ausschluss:</i> Unkontrollierte Studien mit Post-Interventions-Messung (vs. Prä- und Post-Messung)</p>	<p>[Follow-up unterschiedlich: z. B. 1 Monat, 6 Monate, 3 Jahre]</p>		<p>complete nor sustained</p> <p>-Effect of intervention on youth perceptions of access to tobacco products (Outcome 2) or prevalence of youth smoking (Outcome 3): little</p> <p><i>Conclusion:</i> -Large decreases in the number of outlets selling tobacco to youths can be achieved by interventions with retailers -Few communities achieved sustained levels of high compliance (may explain limited evidence for an effect of the intervention on youth perception of ease of access to tobacco, and on smoking behaviour)</p>	
57	Stead, LF et al.: <i>Nicotine replacement therapy for smoking cessation</i>	<p><i>Intervention:</i> -Behandlung mit NRT (Kaugummi, Pflaster, Nasenspray, Mundspray, Inhalator, Pastille, Tablette) -Auch in Ergänzung zu zusätzlicher Unterstützung (Beratung) in verschiedenen Intensitäts-Klassen -Begründung für die Durchführung der Intervention: Unterstützung des Erreichens einer Rauchabstinenz durch Reduzierung des Verlangens zu Rauchens und von Entzugssymptomen</p>	<p>1. Aufgabe des Tabakgebrauchs/Rauchabstinenz -Mindestens nach 6 Monaten -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. UW</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Primärversorgung, Krankenhaus, „Over-the-counter“-Setting</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Jedes Setting („Men or women who smoked and were motivated to quit were included irrespective of the setting from which they were recruited“)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Raucher (Männer und Frauen) mit Intention eine Rauchabstinenz zu errei-</p>	<p><i>Studies:</i> 153 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Eg. type of NRT, definition of smoking cessation, intensity of behavioural support, clinical setting of treatment</p> <p><i>Results:</i> -Any form of NRT vs. control (placebo or non-NRT): RR of 1.60 (1.53, 1.68) [117 trials] -Nicotine gum: 1.49 (1.40, 1.60) -Nicotine patch: 1.64 (1.52, 1.78)</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> Schweiz (3) USA (75) Island (3) Frankreich (4) UK (16) Deutschland (3) Neuseeland (2) Schweden (6) Spanien (5) Kanada (2) Kroatien (2) Australien (3) USA und Australien (1) Dänemark (8) Belgien (2) Tschechische Republik (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>durch Ersatz des Nikotins der Zigarette durch Form der NRT</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo, keine NRT, andere Dosierung, Kombinationen vs. eine Form, Bupropion, unterschiedliche Zeiträume (Beginn der Therapie vor Rauchstopp oder nach Rauchstopp), Stufe der begleitenden Unterstützung (z. B. Gruppen-basierte Beratung)</p> <p><i>Ausschluss:</i> Reduktion des Zigarettenkonsums statt Abstinenz als Outcome (Review vorhanden), Schulungsinterventionen für Ärzte oder Therapeuten (Review vorhanden)</p>		<p>chen, keine Einschränkungen bezüglich Setting der Rekrutierung und Stärke der Nikotinabhängigkeit, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>-Oral tablets/lozenges: 1.95 (1.61,2.36) -Nicotine inhaler: 1.90 (1.36,2.67) -Nasal spray: 2.02 (1.49,2.73) -Oral spray: 2.48 (1.24,4.94) [effects largely independent of duration of therapy, intensity of additional support, setting; similar effect in small group of studies that aimed to assess use of NRT obtained without prescription] -Benefit of 4mg-gum vs. 2mg-gum in highly dependent smokers, but weaker evidence of a benefit from higher doses of patch -Nicotine patch and rapid delivery form of NRT more effective than single type of NRT (RR of 1.34 [1.18 to 1.51], 9 trials) -NRT used for a short period prior to quit date: RR of 1.18 (0.98,1.40) [8 trials, efficacy improved when only patch trials pooled and 1 trial removed where confounding is likely] -NRT vs. Bupropion: RR of 1.01 (0.87,1.18) [5 trials, no difference of efficacy] -NRT + Bupropion vs. Bupropion: RR of 1.24 (1.06,1.45) [4 trials] -Adverse events: skin irritation from patches, irritation of the inside of the mouth from gum and tablets (eg., related to type of NRT-product), no evidence for increased risk of heart attacks</p> <p><i>Conclusion:</i> -Increased chances of successfully stopping smoking by all commercially available forms of NRT (increase</p>	<p>Japan (2) Italien (2) Finnland (3) USA und UK (2) Deutschland und Dänemark (1) Taiwan/China (1)</p> <p><i>MIC</i> Thailand (1) Venezuela (1) Brasilien (1) Südafrika (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In den MIC-Studien wurde zweimal NRT in Form von Kaugummi mit Placebo verglichen. In einer Studie wurde dabei zwischen niedrig und stark abhängigen Rauchern unterschieden. Der Vergleich in der Gruppe der stark abhängigen Raucher wurde allerdings zwischen zwei verschiedenen Dosierungen und nicht mit Placebo vorgenommen. In zwei weiteren Studien wurde Nikotin-pflaster untersucht. Hier fand ein Vergleich zwischen kognitiv-verhaltensbasierter Unterstützung mit Nikotin-pflaster und nur kognitiv-verhaltensbasierter Unterstützung statt. In der zweiten Studie mit Nikotin-pflaster wurde dieses mit Placebo verglichen. Bis auf den Vergleich von Nikotin-pflaster vs. Placebo, der ein positiv nicht signifikantes Ergebnis ergab, erzielten alle anderen Vergleich positiv signifikante</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					in rate of quitting by 50 to 70%, regardless of setting) -Effectiveness of NRT appears to be largely independent of intensity of additional support provided to individual (more intense levels of support not essential to success of NRT, but beneficial in increasing the likelihood of quitting)	Ergebnisse. Dies entspricht dem positiven Gesamttrend. <i>LIC</i> - <i>Nicht näher spezifiziert</i> -Multicenter: 17 Europäische Länder [Def. Europäische Länder?] (1)
58	Thomas, RE et al.: <i>Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents</i>	<i>Intervention:</i> -Interventionen mit Kindern und Familienmitgliedern um eine Aufnahme des Tabakgebrauch zu verhindern -Schul- oder Gemeindebasierte Interventionen einbezogen, wenn familienbasierte Intervention getrennt bewertet werden konnte -Interventionen zur Prävention von Drogen- oder Alkoholgebrauch eingeschlossen, wenn Outcomes für Tabakgebrauch berichtet -Umfasst z. B. Komponenten zur Veränderung des elterlichen Verhaltens, des Rauchverhaltens von Eltern und Geschwistern oder Kommunikations- und Interaktionsmuster innerhalb der Familie -Beachtung von Ko-Interventionen (z. B. Lehrplan-basierte Inter-	Rauchstatus der Zielgruppe (bei Studienbeginn kein Tabakgebrauch berichtet, z. B. Frequenz: monatlich/wöchentlich/täglich, Anzahl der gerauchten Zigaretten) -Follow-up mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich	<i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert <i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert <i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Kinder (5 bis 12 Jahre) und Jugendliche (13 bis 18 Jahre) [Follow-up auch über 18 Jahre hinaus] <i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung und andere Familienmitglieder	<i>Studies:</i> 27 studies included <i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (fixed effect [Mantel-Haenszel] model), no pooling of all studies possible <i>Heterogeneity:</i> Intervention design (components of family intervention, other risk behaviours targeted alongside tobacco, age of children at baseline), focus, comparator condition, length of follow-up <i>Results:</i> <u>Family-based intervention vs. no intervention</u> -9 studies reporting smoking uptake: RR of 0.76 (0.68,0.84) [significant reduction of smoking behaviour in the intervention arms, most studies used intensive interventions, 8 more studies could not be pooled] -Estimates for low and medium intensity subgroups similar, but wide CIs -2 studies with participants who had smoking experience at baseline: RR	Studien stammen aus: <i>HIC</i> USA (16) Australien (1) Norwegen (2) UK (1) Finnland (1) <i>MIC</i> Indien (1) <u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In der Studie aus Indien wurde eine kombinierte familien- und schulbasierte Intervention mit einer schulbasierten Intervention verglichen. Die Studie wurde nicht in die Meta-Analyse einbezogen. Im Ergebnis wurde kein signifikanter Effekt erreicht. In einer früheren Version des Reviews (2007) wurde die Studie als „Kategorie 3 RCT“ bezeichnet und erwähnt, dass keine zuverlässige Schlussfolgerung möglich sei. Ein Vergleich zwischen Gesamt- und Einzelergebnis erscheint somit nicht sinnvoll.

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>ventionen zu Gesundheit oder Tabak in Schulen, Gemeinde-basierte Interventionen) und Interventionen im Kontrollarm (falls vorhanden) -Begründung für die Durchführung des Reviews: vorhandene Evidenz für den Einfluss von familiären Faktoren auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen (z. B. Rauchverhalten der Eltern, Anzahl an Rauchern in der Familie, elterliche Toleranz und Zustimmung)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention/normale Versorgung, Schul-basierte Interventionen (in beiden Studienarmen) [getrennt ausgewertet]</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Rauchstatus in Vor-Befragung nicht erfasst -Einstellung zum Rauchen und Rauchabsicht erfasst, aber nicht Rauchverhalten -Effekt von Familienkomponente und Ko-Interventionen nicht unterscheidbar -Fokus auf Aufgabe des Tabakgebrauchs, nicht</p>			<p>of 1.04 (0.93,1.17) [no evidence of effect detected] <u>Family plus school intervention vs. school intervention only</u> -3 studies with data: 2 detected evidence of effect (RR of 0.85 [0.75,0.96]) [baseline never smokers] -5 more studies could not be pooled: 1 RCT did not detect difference between family intervention and school “good behaviour” intervention (RR of 1.05 [0.80,1.38]) <u>Adverse events</u> Not identified in any study</p> <p><i>Conclusion:</i> -Moderate quality evidence that family-based interventions can have a positive effect on preventing children and adolescents from starting smoking -More studies of high intensity programmes vs. no intervention than for other comparisons (evidence strongest for high intensity programmes used independently of school interventions) -Programmes typically addressed family functioning, introduced when children between 11 and 14 years old: based on this moderate quality evidence family intervention might reduce uptake or experimentation with smoking by between 16 and 32% (should be interpreted with caution, effect estimates do not include data from all studies) -Interpretation of Review-authors: common feature of effective high</p>	<p>LIC -</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		Prävention -Follow-up nicht mindestens nach 6 Monaten nach Beginn der Intervention -Keine Randomisierung bei Zuteilung zu Interventions- und Kontrollarm beschrieben -Querschnittsstudien			intensity interventions was encouraging authoritative parenting (usually defined as showing strong interest in and care for the adolescent, often with rule setting, different from authoritarian parenting [do as I say] or neglectful or unsupervised parenting)	

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
59	Thomas, RE et al.: <i>School-based programmes for preventing smoking</i>	<p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alle schulbasierten Programme mit dem (oder einem) Ziel der Prävention des Tabakgebrauchs -Keine Einschränkung bezüglich theoretischer Fundierung der Intervention, Einteilung in 6 Kategorien: „Information only curricula“ (Bereitstellung von Informationen gegen den Gebrauch von Tabakprodukten), „Social competence curricula“ (Training von Fähigkeiten zur Ablehnung von Angeboten, Tabak zu nutzen), „Social influence curricula“ (Training von Fähigkeiten zur Überwindung sozialen Einflusses Tabak zu nutzen), „Combined social competence and social influences curricula“, „Multimodal programmes“ (Kombination von Lehrplanbasierten Interventionen mit darüberhinausgehenden Interventionen), „Other“ -Ziele/Inhalte: Informationsbereitstellung, Schulung allgemeiner sozialer Kompetenzen zur Verstärkung von Normen über individuelles Verhalten, Verstärkung von Selbstkonzepten, Schu- 	<p>Rauchstatus (Individuen oder Gruppen, bei Studienbeginn Nichtraucher nach Selbstbericht)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich -Problem: oftmals verschiedene Maße des Rauchstatus genutzt (z. B. Frequenz vs. Anzahl), bildet manchmal die Tatsache ab, dass ein Wechsel z. B: von monatlichem zu täglichem Tabakgebrauch stattfinden kann <p>Weitere Einteilung der Outcomes aus dem Abstract:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Group 1: Pure prevention cohorts (Anzahl an Nichtrauchern von Beginn bis Follow-up) -Group 2: Change in smoking behaviour over time (z. B. OR, Umwandlung in SMD) -Group 3: Point prevalence of smoking (z. B. mittlerer 	<p>Setting der Intervention: Schule</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Kinder (5 bis 12 Jahre) und Jugendliche (13 bis 18 Jahre) in Schul-Settings [Follow-up auch über 18 Jahre hinaus]</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung und Eltern, Schulen, Gemeinden, Politiker, Einzelhändler bei multimodalen Programmen</p>	<p>Studies: 134 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Subgroup analysis (pooling) according to theoretical approach in all 3 groups (Pure prevention, Smoking behaviour over time, Point prevalence of smoking)</p> <p>Heterogeneity: Lowest in Group 1, high in Group 3 (same people are not measured over time, point prevalence data inadequate to measure effectiveness of this type of intervention)</p> <p>Results:</p> <p><u>Group 1 (pure prevention cohorts):</u> 49 studies</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intervention curricula vs. control at 1 year or less: no overall effect, OR of 0.94 (0.85,1.05) -Subgroup analysis: combined social competence and social influences curricula showed significant effect, OR of 0.49 (0.28,0.87) [6 RCTs] -No significant effects for information only (OR=0.12 [0.00,14.87]), 1 study; social influences only (OR=1.00 [0.88,1.13]), 25 studies; multimodal interventions (OR=0.89 [0.73,1.08]), 5 studies -Intervention curricula vs. control at longest follow-up: overall significant effect, favouring the intervention, OR of 0.88 (0.82,0.96) -Subgroup analysis: significant effects detected in programmes with 	<p>Studien stammen aus:</p> <p>HIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Kanada (6) Australien (5) USA (84) Niederlande (7) UK (5) Australien und Amerika [USA] (1) Multicenter: Dänemark, Finnland, Portugal, UK (1) Multicenter: Österreich, Belgien, Deutschland, Griechenland, Italien, Spanien, Schweden (1) Italien (4) Tschechische Republik (1) Spanien (2) Frankreich (1) Deutschland (5) Schweden (1) Norwegen (1) <p>MIC</p> <ul style="list-style-type: none"> China (3) Mexiko (1) Rumänien (1) Indien (2) Südafrika (1) Thailand (1) <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> Die insgesamt neun Studien aus der MIC-Region können in drei Outcome-Kategorien aufgeteilt werden. Bei einer der Studien wurden zwei unterschiedliche Interventionsarme getestet wurden (Resnicow 2008). Bei einer weiteren wurde nach zwei Out-</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>lung sozialer Kompetenzen und spezifischer Tabak-Ablehnungsfähigkeiten</p> <p>-Drogen- oder Alkoholprogramme eingeschlossen, wenn Tabak-spezifische Outcomes berichtet</p> <p>-„Healthy Schools“-Programme eingeschlossen, wenn Tabak-Outcomes berichtet</p> <p>-Jegliche Interventions-durchführer eingeschlossen: Forscher, Lehrer, Gesundheitsexperten, Studenten, Gleichaltrige/„Peers“ u. a.</p> <p>-Begründung für die Durchführung der Intervention: fast alle Kinder werden erreicht, Bildungs-basierter Charakter der Intervention passt zum Schulalltag</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention, normales Schulprogramm zur „gesundheitlichen Aufklärung“, normales Schulprogramm zur Tabakkontrolle</p> <p><i>Ausschluss:</i> -Keine Randomisierung der Zuteilung zu Interventions- oder Kontrollarm berichtet</p>	<p>Gebrauch, Prozent in einem Zeitraum; Querschnittsdaten zu Studienbeginn und bei Follow-up)</p>		<p>social competence curricula (OR=0.52 [0.30,0.88]), combined social competence and social influences curricula (OR=0.50 [0.28,0.87]), but not in programmes with information only, social influence only, and multimodal programmes</p> <p><u>Group 2 (change in smoking behaviour over time):</u> 15 studies -Small, but statistically significant effect favouring controls at 1 year or less: SMD of 0.04 (0.02,0.06) -Non-significant effect at longer than 1 year: SMD of 0.02 (-0.00,0.02)</p> <p><u>Group 3 (point prevalence of smoking):</u> 25 studies -Data could not be pooled due to heterogeneity</p> <p>-Data for 49 studies could not be analyzed</p> <p>-Subgroup analysis (Group 1): -significant effect favouring adult presenters (longest follow-up, all curricula combined): OR of 0.88 (0.81,0.96) -tobacco-only vs. multifocal interventions: no difference -significant effect of curricula with booster sessions (combined social competence and social influences interventions, follow-up of 1 year or less and at longest follow-up): OR of 0.50 (0.26,0.96) / 0.51 (0.27,0.96) -limited data on gender differences (no overall effect), 1 study:</p>	<p>comes unterschieden (Perry 2009). Eine Studie konnte nicht berücksichtigt werden, da das Datenformat nicht nutzbar war (Zheng 2005). Somit wurden insgesamt zehn Untersuchungen gezählt (9+2-1=10). Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse im <i>Anhang IIa</i> dargestellt. Die Darstellung begrenzt sich auf „longest follow-up“. Bis auf eine Studie stimmten die Ergebnisse bei „longest follow-up“ und „follow-up 1 year or less“ im Wesentlichen überein. Es muss bedacht werden, dass bei allen Outcomes ein Effekt im „positiven“ Bereich (über 1, über 0) bedeutet, dass die Intervention im Gegensatz zur Kontrolle weniger erfolgreich war. Denn es wurde hier immer eine niedrigere Rate angestrebt (weniger Personen, die rauchen, mit dem Rauchen anfangen, weniger Konsum in einer bestimmten Zeit u. ä.). Dies steht im Gegensatz zu Messungen, in denen eine Steigerung angestrebt wird (z. B. Rate der Aufgabe des Tabakgebrauchs). Insgesamt gesehen wurden im Einzelergbnis keine signifikant positiven Trends (i. S. eines gewünschten Effekts, positiv signifikant i. engeren S. bedeutet hier, dass im Kontrollarm der untersuchte Effekt häufiger vorhanden war) erreicht. Somit ist ein gewisser Widerspruch zum Gesamtergebnis zu erkennen.</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		-Studien ohne Berücksichtigung des Rauchverhaltens, Studien ohne Erfassen des Rauchstatus in Vor-Befragung, Studien die nur Wissen oder Einstellungen zum Rauchen untersuchen			<p>effect of multimodal intervention for male students (at 1 year)</p> <p>-Sensitivity analysis: selection/attrition bias did not affect results (pure prevention cohorts, change in smoking behaviour over time)</p> <p><i>Conclusion:</i> <u>Pure prevention cohorts</u> -Significant effect at longest follow-up (average 12% reduction in starting smoking compared to control groups), but no overall effect at 1 year or less -Significant effect at 1 year and at longest follow-up for combined social competence and social influences interventions -No overall effect at any time point: social influences programme; multimodal interventions, and information-only approach similarly ineffective <u>Change in smoking behaviour over time</u> -No overall effect -Positive findings for social competence and combined social competence and social influences interventions at intervention level</p>	<p>LIC</p> <p>-</p>
60	Thomson, T et al.: <i>Interventions for preoperative smoking cessa-</i>	<i>Intervention:</i> -Jede Intervention zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs	1. Prävalenz der Aufgabe des Tabakgebrauchs zum Zeit-	<i>Setting der Intervention:</i> „Preoperative assessment clinics and similar settings“	<p><i>Studies:</i> 13 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i></p>	Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus:

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
	<p><i>tion</i></p>	<p>bei Patienten vor einer OP -Kurz/intensiv, mit/ohne persönlichem Kontakt -Verhaltensbasiert oder medikamentös, Kombinationen -Prä-operativ, mindestens 48 Std. vor der Operation -Begründung für die Durchführung der Intervention: erhöhtes Risiko für postoperative Komplikationen bei Rauchern, Moment einer OP stellt möglicherweise einzigartige Gelegenheit für Interventionen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs dar (vgl. „teachable moment“ in Review „Interventions for smoking cessation in hospitalised patients“)</p> <p><i>Kontrolle:</i> Normale Versorgung oder weniger intensive Intervention (auch Placebo, wird aber nicht allgemein beschrieben)</p> <p><i>Ausschluss:</i> „Intra-operative“ und „post-operative“ Interventionen</p>	<p>punkt der OP und 12 Monate danach -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Morbidität und Mortalität -Komplikationen in Bezug auf die Wunde oder kardiopulmonal -Zweite OP -Einweisungen auf die Intensivstation -Intra- und postoperative Mortalität -Länge des Aufenthalts</p>	<p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Raucher, die für eine Operation („elective“) vorgesehen sind; jedes Alter; keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Where appropriate (Mantel-Haenszel fixed-effect method)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Intensive vs. brief interventions</p> <p><i>Results:</i> <u>Smoking cessation at the time of surgery</u> -Intensive behavioral intervention vs. control (Outcome 1), 2 trials: RR of 10.76 (4.55,25.46) -Brief behavioural intervention vs. control (Outcome 1): RR of 1.30 (1.16,1.46) [pharmacotherapy partly offered] -Nicotine lozenges and varenicline not shown to increase cessation at the time of surgery, wide CIs (RR of 1.34 [0.86,2.10] (1 trial) / RR of 1.49 [0.98,2.26] (1 trial) <u>Long-term smoking cessation</u> -Intensive behavioural intervention vs. control (Outcome 1), 2 trials: RR of 2.96 (1.57,5.55) -Brief behavioural intervention vs. control (Outcome 1), 2 trials: RR of 1.09 (0.68,1.75) -Significant effect of varenicline on long-term cessation, RR of 1.45 (1.01,2.07) [Outcome 1] <u>Postoperative Complications</u> -Intensive behavioural interventions on any complications: RR of 0.42 (0.27,0.65), 2 trials -Intensive behavioural interventions on wound complications: RR of 0.31 (0.16,0.62), 2 trials -Brief behavioural interventions on any complications: RR of 0.92</p>	<p>UK (1) Kanada (3) Schweden (1) Dänemark (4) USA (3) Australien (1)</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>(0.72,1.19), 4 trials -Intensive behavioural interventions on wound complications: RR of 0.99 (0.70,1.40), 3 trials -1 trial of varenicline: did not detect effect on any postoperative complications, RR of 0.94 (0.52,1.72)</p> <p><i>Conclusion:</i> -Evidence for increasing effect on short-term smoking cessation of preoperative smoking interventions providing behavioural support and offering NRT and possible reducing effect on postoperative morbidity -Benefit of varenicline on long-term cessation detected in 1 trial (but no effect on early abstinence or on postoperative complications) -Lack of proof on optimal preoperative intervention intensity, possibility for interventions that begin 4 to 8 weeks before surgery, include weekly counselling and use NRT to be effective on complications and on long-term smoking cessation (indirect comparisons and evidence from 2 small trials)</p>	
61	Tsoi, DT et al.: <i>Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia</i>	<p><i>Intervention:</i> -Medikamentöse oder nicht medikamentöse Behandlung (einzeln oder in Kombination), wenn spezifisch für Aufgabe oder Reduktion des Tabakgebrauchs -Interventionen für einen anderen Zweck, wenn Aufgabe oder Reduktion des Tabakgebrauchs</p>	<p>1. Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Intervention -Validierung durch Biomarker, wenn möglich</p> <p>2. Veränderung der psychischen Ver-</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> Erwachsene Raucher mit aktueller Diagnose Schizophrenie (nach ICD oder DSM), auch schizo-</p>	<p><i>Studies:</i> 34 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where appropriate (Mantel-Haenszel method, random-effects model and fixed-effect model)</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Interest in quitting smoking (meta-analysis only for bupropion and varenicline)</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> Australien (1) USA (25) USA und Kanada (1) Kanada (1) Israel (2) (Süd-)Korea (1) Taiwan/China (1)</p> <p><i>MIC</i></p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		<p>berichtet (z. B. Antipsychotika, getrennt berichtet, nicht in Meta-Analyse) -Begründung für die Durchführung des Reviews: höherer Tabakgebrauch bei Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind, dadurch erhöhte Morbidität und Mortalität in dieser Population; bestehende Unklarheiten, welche Interventionen bei der Aufgabe und Reduktion des Tabakgebrauchs helfen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo, andere therapeutische Kontrolle</p> <p><i>Ausschluss:</i> Nicht spezifiziert</p>	<p>fassung, wie Halluzinationen, Wahn, Anhedonie, depressive Symptome</p> <p>3. Rauchabstinenz am Ende der Intervention</p> <p>4. Reduktion des Tabakgebrauchs/der Abhängigkeit -am Ende der Intervention und Follow-up nach Ende -z. B. Veränderung der CPD, Reduzierung des Kohlenmonoxids bei Ausatmung</p> <p>5. UW</p>	<p>affektive Störung und zusätzlich Missbrauch von Substanzen oder andere psychiatrische Störungen, mit/ohne Intention eine Rauchabstinenz zu erreichen (wird berichtet), bei Studien mit gemischten Diagnosen nur Einschluss, wenn Daten trennbar nach Diagnosen, keine weiteren Angaben</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p><i>Results:</i> -Pooled effect of bupropion vs. placebo at end of treatment, 7 trials: RR of 3.03 (1.69,5.42) / at 6 months: RR of 2.78 (1.02,7.58), 5 trials [Outcome 1] -no significant differences in positive, negative and depressive symptoms between bupropion and placebo groups [Outcome 2] -no major adverse events, such as seizures [Outcome 5] -Pooled effect of varenicline vs. placebo at end of treatment: RR of 4.74 (1.34,16.17), 2 trials / at 6 months: RR of 5.06 (0.67,38.24) [1 trial, Outcome 1] -no significant differences in psychiatric symptoms between varenicline and placebo groups, but reports of suicidal ideation and behaviours from 2 people on varenicline [Outcome 2] -CR with money: may increase smoking abstinence rates and reduce level of smoking in target population, but not certain whether benefits can be maintained in the longer term -No evidence of benefit for other pharmacological therapies (including NRT) and psychosocial interventions in helping smokers with schizophrenia to quit or reduce smoking</p> <p><i>Conclusion:</i> -Abstinence rates can be increased by bupropion in smokers with schizophrenia (without endangering their</p>	<p>China (1) Iran (1)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien:</u> In beiden Studien wurde die Gabe von Bupropion mit Placebo verglichen. In einer Studie wurde ein positiv signifikanter Effekt mit breitem Konfidenzintervall erreicht. Die zweite Studie ergab einen positiv signifikanten Effekt für die Intervention, gemessen mit der SMD. Die Ergebnisse entsprechen dem positiven Gesamttrend.</p> <p><i>LIC</i> -</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					mental state) -Varenicline: may improve smoking cessation rates in schizophrenia (possible psychiatric adverse effects) -CR: may support patients with schizophrenia in smoking cessation in the short term -Failure to find evidence that other interventions have a beneficial effect on smoking in schizophrenia	
62	Ussher, MH et al.: <i>Exercise interventions for smoking cessation</i>	<p>Intervention: -Programme zur Steigerung der körperlichen Aktivität alleine oder in Kombination mit einem Programm zur Raucherentwöhnung -(möglicher) Wirkmechanismus: Verminderung von Entzugssymptomen, Bewältigung von Gewichtszunahme</p> <p>Kontrolle: Programme zur Raucherentwöhnung</p> <p>Ausschluss: - Mehrkomponentenprogramme zur Raucherentwöhnung -Interventionen zu mehreren Risikofaktoren, mit Rauchabstinenz als ein Outcome unter vielen [Grund: Schwierigkeit, den spezifischen Effekt der körperlichen Aktivität</p>	Aufgabe des Tabakgebrauchs / Rauchabstinenz -Follow-up mindestens nach 6 Monaten	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Raucher mit Intention, eine Rauchabstinenz zu erreichen; ehemalige Raucher mit einer frischen Rauchabstinenz; keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 20 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Not conducted, because of differences in characteristics of interventions, narrative summary of results</p> <p>Heterogeneity: Clinical</p> <p>Results: -4/20 studies: significantly higher abstinence rates in physically active group vs. control group at end of treatment -1 study: significant benefit for exercise vs. control on abstinence at 3-month follow-up and a benefit for exercise of borderline significance at 12-month follow-up -1 study: significantly higher abstinence rates at 6-month follow-up for combined exercise and smoking cessation programme compared with brief smoking cessation advice -1 study: significantly higher abstinence rates for the exercise group vs. control group at 3-month follow-</p>	Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus: USA (15) Schweiz (1) Kanada (1) Neuseeland (2) UK (1)

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
		zu ermitteln]			<p>up but not at the end of treatment or 12-month follow-up -Other studies: no significant effect for exercise on abstinence</p> <p><i>Conclusion:</i> -Only 2/20 trials: evidence for exercise aiding smoking cessation in the long term -Other trials: too small to reliably exclude an effect of intervention, or included an exercise intervention which may not have been sufficiently intense to achieve the desired level of exercise -Trials needed: larger sample sizes, sufficiently intense interventions in terms of both exercise intensity and intensity of support being provided, equal contact control conditions, measures of exercise adherence and change in physical activity in both exercise and comparison groups</p>	
63	van der Meer, EM et al.: <i>Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression</i>	<p><i>Intervention:</i> -Jede medikamentöse oder psychosoziale Intervention zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs bei Rauchern mit akuter oder vergangener Depression -Interventionen mit Stimmungsmanagement (psychosozial: z. B. Gruppen- oder Einzelberatung, Selbsthilfe, körperliche Aktivierung, Hypnose; medikamentös: Antidepressiva)</p>	<p>Rauchstatus -Mindestens 6 Monate nach Rauchstopp (Tag) -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p><i>Setting der Intervention:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: Universität, Krankenhaus)</p> <p><i>Setting der Rekrutierung:</i> Nicht spezifiziert (Bsp.: klinisch, Universität, Krankenhaus)</p> <p><i>Zielgruppe der Outcome-Messung:</i> -Erwachsene Raucher mit akuter oder vergangener Depression -Akute Depression: De-</p>	<p><i>Studies:</i> 49 studies included</p> <p><i>Meta-Analysis:</i> Where possible (Mantel-Haenszel fixed-effect model), subgroup analysis</p> <p><i>Heterogeneity:</i> Eg. length of follow-up, measurement of depression</p> <p><i>Results:</i> <u>Interventions with specific mood management components for depression</u></p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p><i>HIC</i> Deutschland (1) Island (1) USA (41) Niederlande (1)</p> <p><i>Nicht spezifiziert</i> -Mc Fall, 2010 (1) [<i>vermutlich USA</i>] -Muñoz, 1997 (1) [<i>vermutlich USA</i>] -Muñoz, 2006a (1) [international, online, 11 Länder] -Muñoz, 2006b (1) [international,</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>- Interventionen ohne Stimmungsmanagement (psychosozial: keine spezifische Stimmungsmanagement-Komponente; medikamentös: z. B. NRT)</p> <p>- Kombination von pharmakologischer und psychosozialer Intervention</p> <p>- Begründung für die Durchführung des Reviews: Personen mit einer akuten oder vergangenen Depression sind oftmals im Gegensatz zur Normalbevölkerung stärker Nikotinabhängig, leiden verstärkt unter Entzugssymptomen und leiden öfter an Rückfällen nach einer erfolgreichen Aufgabe des Tabakgebrauchs; bestehende Unsicherheit, welche Interventionen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs in dieser Population wirksam sind</p> <p><i>Kontrolle:</i> Placebo, normale Versorgung</p> <p><i>Ausschluss:</i> Nicht spezifiziert</p>		<p>pression nach DSM-IV, depressive Symptome (nach unterschiedlichen Maßstäben)</p> <p>- Vergangene Depression: Depression nach DSM-IV, depressive Symptome (nach unterschiedlichen Maßstäben)</p> <p>- Studien mit Depressions-Untergruppen eingeschlossen, wenn Daten für Depression unterscheidbar</p> <p><i>Zielgruppe der Intervention:</i> Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>- Psychosocial mood management and standard cessation intervention vs. standard intervention alone: RR of 1.47 (1.13, 1.92) [11 trials, smokers with current depression] and RR of 1.41 (1.13, 1.77) [13 trials, smokers with past depression]</p> <p>- Bupropion vs. placebo (smokers with current depression): RR of 1.37 (0.83, 2.27) [5 trials]</p> <p>- Not enough data to evaluate effectiveness of: fluoxetine, paroxetine, nortriptyline, selegiline, sertraline (current and past depression smokers)</p> <p><u>Interventions without specific mood management components for depression</u></p> <p>- Psychosocial interventions vs. standard smoking cessation counselling (current and past depression smokers): no pooling due to heterogeneity</p> <p>- NRT vs. placebo: RR of 2.64 (0.93, 7.45) [1 trial, current depression]</p> <p>- NRT vs. placebo: RR of 1.17 (0.85, 1.60) [3 trials, past depression]</p> <p>- Other pharmacotherapy vs. placebo (3 trials) and other interventions in smokers with current or past depression (6 trials): no pooling due to heterogeneity</p> <p><i>Conclusion:</i> - According to evidence standard smoking cessation interventions with psychosocial mood management component are likely to in-</p>	<p>online, 11 Länder]</p> <p>- Muñoz, 2009 (1) [international, online, 68 Länder]</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
					<p>crease long-term cessation rates in smokers with both current and past depression when compared with the standard intervention alone</p> <ul style="list-style-type: none"> -Possible effect of bupropion on smoking cessation in the long-term in smokers with past depression -No evidence found for use of bupropion in smokers with current depression -Not enough evidence to evaluate effectiveness of other antidepressants in smokers with current or past depression -Not enough evidence for trials of interventions without specific mood management components for depression (incl. NRT or psychosocial interventions) 	
64	<p>White, AR et al.: <i>Acupuncture and related interventions for smoking cessation</i></p>	<p>Intervention: -Nicht pharmakologische Stimulierung durch Nadelstiche, Fingerdruck, Lasertherapie -Platzierung: Akupunkturpunkte an Ohren, Gesicht und übrigen Körper -Verwandte Interventionen wie Elektrostimulation am Kopf durch Oberflächenelektroden akzeptiert -Trennung der Studien nach westlichen (WMA) und traditionellen (TCA) Akupunkturformen -TCA: Nadeln werden an bestimmten Punkten platziert</p>	<p>Rauchabstinenz -Vor 6 Wochen nach Rauchstopp und nach 6 Monaten bis zu 1 Jahr -Validierung durch Biomarker wenn möglich</p>	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Raucher mit Intention eine Rauchabstinenz zu erreichen, jedes Alter, keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 38 studies included</p> <p>Meta-Analysis: Where appropriate (fixed-effect model)</p> <p>Results: -Acupuncture vs. waiting-list control, long-term abstinence: RR of 1.79 (0.98,3.28), 3 studies -Acupuncture vs. sham acupuncture -short-term: RR of 1.22 (1.08,1.38) -long-term: RR of 1.10 (0.86,1.40) -Acupuncture less effective than NRT, no evidence if acupuncture is more effective than psychological interventions -Acupressure vs. sham acupressure, short-term: RR of 2.54</p>	<p>Studien stammen aus:</p> <p>HIC Griechenland (1) Türkei (1) USA (5) Singapur (1) Italien (1) Frankreich (8) Schottland (1) England (2) Kanada (2) United Kingdom (4) Norwegen (1) Neuseeland (1) Schweiz (1) Australien (1) Hongkong/China (2) Taiwan/China (2)</p> <p>MIC</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergbnis):
		<p>-WMA: Nadeln werden am ganzen Körper platziert -(möglicher) Wirkmechanismus: Reduzierung von Entzugssymptomen</p> <p><i>Kontrolle:</i> Keine Intervention, Scheinintervention oder andere Intervention</p> <p><i>Ausschluss:</i> Nicht spezifiziert</p>			<p>(1.27,5.08), 3 trials (no report of long-term effects) -Continuous auricular stimulation vs. sham stimulation, short-term: RR of 1.69 (1.32,2.16), 14 trials (longer follow-up: RR of 1.47 [0.79,2.74], 5 trials) -subgroup analysis: effect for continuous acupressure, not acupuncture with indwelling needles -Evidence from laser stimulation: inconsistent, could not be combined -Electrostimulation vs. sham electrostimulation -short-term: RR of 1.13 (0.87,1.46), 6 trials -long-term: RR of 0.87 (0.61,1.23), 2 trials [not superior to sham electrostimulation]</p> <p><i>Conclusion:</i> -No consistent, bias-free evidence of long-term benefit (6 months+) of acupuncture, acupressure or laser therapy on smoking cessation (no firm conclusions can be drawn, lack of evidence / methodological problems) -Electrostimulation not effective for smoking cessation -Well-designed research into acupuncture, acupressure and laser stimulation justified (safe when correctly applied, alone likely to be less effective than evidence-based interventions)</p>	<p>Türkei (1) China (4)</p> <p><u>Vergleich Gesamtergebnis und Ergebnis aus MIC-Studien</u> In den MIC-Studien wurde einmal Elektrostimulation, einmal Akupunktur und drei Mal Akupressur untersucht. Elektrostimulation wurde mit „sham therapy“, also einer scheinbaren Therapie verglichen. Hierzu wurde das Gerät abgeschaltet. Es wurde ein kurzfristiger negativer, nicht signifikanter Effekt erreicht. Bei Akupunktur (Han 2006) wurden verschiedene Punktregionen miteinander verglichen. Die Studie wurde in keine Meta-Analyse einbezogen. Akupunktur wurde auch im zweiten Arm einer weiteren Studie untersucht (Huang 2012). Akupressur wurde mit Schein-Akupressur und einer Wartelistenkontrolle verglichen. In allen drei Studien erzielt der Vergleich ein positiv signifikantes Ergebnis. In zwei Studien ist das CI sehr breit. Zum Verständnis werden die Ergebnisse in <i>Anhang IIb</i> dargestellt (ohne Han 2006). Sie spiegeln den unsicheren Gesamttrend wieder. Die Ergebnisse sind meistens kurzfristig und wenig robust aufgrund von eher geringen Teilnehmerzahlen. Elektrostimulation scheint in beiden Ergebnissen nicht wirksam zu sein.</p>

Nr.	Autor und Titel	Intervention und Kontrolle	Outcome und Follow-up	Setting und Zielgruppe	Results and Conclusion by Authors (Gesamtergebnis)	Durchführungsland der Studien und Ergebnisse der LMIC-Studien (Einzelergebnis):
						LIC -
65	Whittaker, R et al.: <i>Mobile phone-based interventions for smoking cessation</i>	<p>Intervention: -Jede Form der Handy-basierten Intervention -Jede Intervention, die sich an Handy-Nutzer richtet, die über das Handy zur Verfügung gestellt wird und jede Funktion/Applikation, die über das Handy genutzt oder versendet werden kann -Begründung für die Durchführung des Reviews: Handys als mögliches Medium zur Vermittlung von Gesundheitsprogrammen, z. B. zur Aufgabe des Tabakgebrauchs</p> <p>Kontrolle: Nicht spezifiziert</p> <p>Ausschluss: Studien, in denen Handy-basierte Interventionen als Zusatz zu anderen Interventionen verwendet werden (z. B. als Terminerinnerung); Mehrkomponenten-Studien, in denen die Effekte der Handy-basierten Komponente nicht unterscheidbar sind</p>	Rauchabstinenz -Mindestens 6 Monate nach Beginn der Behandlung -Validierung durch Biomarker wenn möglich	<p>Setting der Intervention: Nicht spezifiziert</p> <p>Setting der Rekrutierung: Nicht spezifiziert</p> <p>Zielgruppe der Outcome-Messung: Raucher, jedes Alter, mit Intention eine Rauchabstinenz zu erreichen, keine weiteren Angaben</p> <p>Zielgruppe der Intervention: Wie Zielgruppe der Outcome-Messung</p>	<p>Studies: 5 studies included</p> <p>Meta-Analysis: If possible (Mantel-Haenszel fixed-effect method), in other cases: summary and descriptive statistics</p> <p>Heterogeneity: Statistical heterogeneity substantial in pooling RR of all 5 studies</p> <p>Results: Pooled RR for all 5 studies (purely text-messaging, text messaging intervention and internet QuitCoach separately and in combination, video messaging intervention delivered via mobile phone): 1.71 (1.47, 1.99) [Outcome: long-term quit rates, 6 months, allowing up to 3 lapses / up to 5 cigarettes]</p> <p>Conclusion: -Current evidence: benefit of mobile phone-based smoking cessation interventions on long-term outcomes (but results were heterogeneous with findings from 3 of 5 included studies crossing the line of no effect) -Studies included predominantly text messaging interventions -More research needed: other forms of mobile phone-based interventions for smoking cessation, other contexts such as low income countries, cost-effectiveness</p>	Keine Studien aus LMIC Studien stammen aus: Australien (1) UK (2) Neuseeland (2)

Anmerkung der Verf.: Spalte 6 auf Englisch, da erwogen wurde, die Arbeit auf Englisch zu verfassen.

Datenextraktion_A) Ergebnistabelle zu den MIC-Studien aus dem Review „School-based programmes for preventing smoking“

Outcome	Intervention	Studie	Verwendeter Effektschätzer	Kontrolle	Ergebnis	Bedeutung
Pure prevention cohort	Social influences curricula vs. control	Chou 2006 (China)	OR	“Normal activities”	Negativ, nicht signifikant	Negativer Wert: erwünschter Effekt ist eingetreten („favours experimental“), aber nicht signifikant: kein eindeutiger Trend
		Resnicow 2008 (Südafrika)	OR	“Usual tobacco and substance education”	Negativ, nicht signifikant	Negativer Wert: erwünschter Effekt ist eingetreten („favours experimental“), aber nicht signifikant: kein eindeutiger Trend
	Multimodal programme vs. control	Wen 2010 (China)	OR	“Standard anti-smoking curriculum”	Positiv, nicht signifikant	Positiver Wert: erwünschter Effekt ist nicht eingetreten (“favours control“), aber nicht signifikant: kein eindeutiger Trend
	Combined social competences and social influences curricula vs. control	Resnicow 2008 (Südafrika)	OR	“Usual tobacco and substance education”	Negativ, nicht signifikant	Negativer Wert: erwünschter Effekt ist eingetreten („favours experimental“), aber nicht signifikant: kein eindeutiger Trend
		Seal 2006 (Thailand)	OR	“Tobacco and drug curriculum normally provided”	Positiv, nicht signifikant	Positiver Wert: erwünschter Effekt ist nicht eingetreten (“favours control“), aber nicht signifikant: kein eindeutiger Trend
Point prevalence of smoking	Social influences curricula vs. control	Laniado-Laborín 1993	OR	“No statement”	Positiv, signifikant	Positiver Wert: erwünschter Effekt ist

Outcome	Intervention	Studie	Verwendeter Effektschätzer	Kontrolle	Ergebnis	Bedeutung
		(Mexiko)				nicht eingetreten („favours control“), signifikant: Trend vorhanden
		Lotrean 2010 (Rumänien)	OR	“No statement”	Positiv, signifikant	Positiver Wert: erwünschter Effekt ist nicht eingetreten („favours control“), signifikant: Trend vorhanden
		Perry 2009 (Indien)	OR	“Delayed intervention”	Positiv, nicht signifikant	Positiver Wert: erwünschter Effekt ist nicht eingetreten (“favours control“), aber nicht signifikant: kein eindeutiger Trend
Change in smoking behaviour over time	Social influences curricula vs. control	Perry 2009 (Indien)	SMD	“Delayed intervention”	Positiv, nicht signifikant	Positiver Wert: erwünschter Effekt ist nicht eingetreten (“favours control“), aber nicht signifikant: kein eindeutiger Trend
		Reddy 2002 (Indien)	SMD	“Usual intervention curriculum”	Positiv, signifikant	Positiver Wert: erwünschter Effekt ist nicht eingetreten („favours control“), signifikant: Trend vorhanden

Anmerkung der Verf.: bezieht sich nur auf „longest follow-up“.

Datenextraktion_B) Ergebnistabelle zu den MIC-Studien aus dem Review "Acupuncture and related interventions for smoking cessation"

Autor & Land	Intervention & Kontrolle	Long-term oder short-term	Ergebnis	Aussage
Aycicegi-Dinn, 2011 Türkei	Elektrostimulierung vs. Scheinstimulierung	Short-term	Negativ, nicht signifikant	Keine Aussage möglich (kein klarer Trend)
Huang, 2012 China	Akupunktur vs. Scheinakupunktur	Short-term	Positiv, signifikant (breites CI)	Positiver Effekt der Intervention bis zu sechs Wochen
	Akupressur (Ohren) vs. Scheinstimulierung	Short-term	Positiv, signifikant (breites CI)	Positiver Effekt der Intervention bis zu sechs Wochen
Li, 2009 China	Akupressur (Ohren) vs. Scheinakupressur	Short-term	Positiv, signifikant	Positiver Effekt der Intervention bis zu sechs Wochen
Tian, 1996 China	Akupressur vs. Warteliste / keine Intervention	Short-term	Positiv, signifikant (breites CI)	Positiver Effekt der Intervention bis zu sechs Wochen
	Akupressur vs. Warteliste / keine Intervention	Long-term	Positiv, signifikant (breites CI)	Positiver Effekt der Intervention bis zu einem Jahr

Vorläufige Ergebnistabelle

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
INDIVIDUALINTERVENTIONEN (wenden sich an einzelne Personen oder Gruppen)²⁶²							
Therapeutische Interventionen							
Gruppentherapie <i>Jede Intervention am Arbeitsplatz mit dem Ziel der Aufgabe des Tabakgebrauchs, hier: Gruppentherapie</i> Besondere Zielgruppe/ besonderes Setting: Arbeiter/ Angestellte, Arbeitsplatz „MIC-getestet“: zwei Studien, Türkei und Indien (Gunes 2007 und Mishra 2010)	07	Soll angeboten werden Empfehlungsgrad: A+	Gegeben	Acht Studien, N = 1.309	We found strong evidence that some interventions directed towards individual smokers increase the likelihood of quitting smoking. These include individual and group counselling, pharmacological treatment to overcome nicotine addiction, and multiple interventions targeting smoking cessation as the primary or only outcome. [...] Further research would be valuable in low-income and developing countries, where high rates of smoking prevail and smoke-free legislation is not widely accepted or enforced.	Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinentenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ LoE:1a (aus systematischer Recherche) / 93% S. 76 <i>(Empfehlung auf Gesundheitsversorgung bezogen, Interventionen am Arbeitsplatz nicht untersucht)</i>	<i>Gruppentherapie nicht untersucht</i>
Verhaltenstherapie (psychosoziale Intervention) <i>Jede psychosoziale Intervention mit dem Ziel einer Veränderung des Rauchverhaltens, hier: Verhaltenstherapie</i>	03	Soll angeboten werden Empfehlungsgrad: A+	Gegeben	Zehn Studien, N = 2.366 (eigene Berechnung)	Psychosocial smoking cessation interventions are effective in promoting abstinence at 1 year, provided they are of sufficient duration. Further studies, with longer follow-up, should compare different psychosocial intervention strategies, or the addition of a psychosocial	<i>Empfehlung allgemein, nicht speziell für koronare Herzerkrankung:</i> Rauchenden Patienten mit tabakassoziierten Erkrankungen, soll eine Tabakentwöhnung mit medika-	<i>Verhaltenstherapie nicht untersucht</i>

²⁵⁹ Nummer des Reviews, aus dem die Intervention und das dazugehörige Ergebnis stammen, entspricht Nummerierung aus Datenextraktionstabelle und im Literaturverzeichnis.

²⁶⁰ S. Beschreibung der Umkodierung

²⁶¹ S. Beschreibung der Umkodierung

²⁶² Individualinterventionen können auch als „klinische Interventionen“ bezeichnet werden und werden bei Hoffman und Tan (2015) nicht untersucht (Hoffman und Tan 2015: 3: „Clinical interventions, such as pharmacologic therapy and counselling services, were not included.“).

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
Besondere Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzerkrankung					intervention strategy to pharmacological therapy (e.g. nicotine replacement therapy) compared with pharmacological treatment alone.	mentöser und psychosozialer Unterstützung angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ (KKP) LoE: - / 95% S. 191	
Verhaltensbasierte Interventionen (intensiv) <i>Jede präoperative Intervention zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs bei Patienten vor einer OP, hier: verhaltensbasierte Strategien</i> Besondere Zielgruppe: Patienten vor einer OP	60	Sollte angeboten werden Empfehlungsgrad: B+	Gegeben	Zwei Studien, N = 209	There is evidence that preoperative smoking interventions providing behavioural support and offering NRT increase short-term smoking cessation and may reduce postoperative morbidity. [...] The optimal preoperative intervention intensity remains unknown. Based on indirect comparisons and evidence from two small trials, interventions that begin four to eight weeks before surgery, include weekly counselling and use NRT are more likely to have an impact on complications and on long-term smoking cessation.	<i>Empfehlung allgemein, nicht speziell für verhaltensbasierte Interventionen:</i> Rauchenden Patienten, bei denen eine Operation geplant wird, sollte eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser Komponente angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1b (aus systematischer Recherche) / 95% S. 190 – 191	<i>Verhaltensbasierte Interventionen nicht untersucht</i>
Verhaltensbasierte Interventionen (kurz) <i>Jede präoperative Intervention zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs bei Patienten vor einer OP, hier: verhaltensbasierte Strategien</i> Besondere Zielgruppe: Patienten vor einer OP	60	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Zwei Studien, N = 341	There is evidence that preoperative smoking interventions providing behavioural support and offering NRT increase short-term smoking cessation and may reduce postoperative morbidity. [...] The optimal preoperative intervention intensity remains unknown. Based on indirect comparisons and evidence from two small trials, interventions that begin four to eight weeks before surgery, include weekly counselling and use NRT are more likely to have an impact on complications and on long-term smoking cessation.	<i>Empfehlung allgemein, nicht speziell für verhaltensbasierte Interventionen:</i> Rauchenden Patienten, bei denen eine Operation geplant wird, sollte eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser Komponente angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1b (aus systematischer Recherche) / 95% S. 190 – 191	<i>Verhaltensbasierte Interventionen nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p>Verhaltensbasierte Intervention mit oraler Untersuchung</p> <p><i>Jede Intervention zur Förderung der Aufgabe des Tabakgebrauchs, die eine Komponente enthält, die durch Zahnärzte und / oder zahnärztliches Personal erbracht wird, hier: Beratung mit oraler Untersuchung</i></p> <p>Besondere Durchführer: Zahnärzte und / oder zahnärztliches Personal, besonderes Outcome: auch Smokeless Tobacco (ST) – Gebrauch berücksichtigt</p>	15	<p>Sollte angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: B+</p>	Gegeben	14 Studien, N = 11.174 (<i>eigene Berechnung, fünf Studien ohne Angaben nicht gezählt</i>)	Available evidence suggests that behavioral interventions for tobacco cessation conducted by oral health professionals incorporating an oral examination component in the dental office or community setting may increase tobacco abstinence rates among both cigarette smokers and smokeless tobacco users.	<p><i>Empfehlung allgemein, nicht speziell für verhaltensbasierte Intervention mit oraler Untersuchung:</i> Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppeninterventionen zur Förderung des Rauchstopps bzw. zur Entwöhnungsbehandlung sollen durch (geschulte*) ärztliche/ psychotherapeutische oder qualifizierte andere Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter im Gesundheitswesen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ (KKP) LoE: - / 96%</p> <p><i>*Wort wurde laut LL nicht abgestimmt</i></p> <p style="text-align: right;">S. 225</p> <p><i>(ST-Gebrauch nicht berücksichtigt)</i></p>	<i>Verhaltensbasierte Interventionen mit oraler Untersuchung nicht untersucht</i>
<p>Verhaltensbasierte Behandlung</p> <p><i>Pharmakologische oder verhaltensbasierte Interventionen oder beides, hier: verhaltensbasiert</i></p> <p>Besondere Zielgruppe/ besonderes Produkt: Nutzer von Wasserpfeifen / Wasserpfeifentabak</p>	39	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	Epidemiological and observational evidence suggests that waterpipe use is rapidly growing in popularity worldwide. It is widely and erroneously perceived to be less lethal than other forms of tobacco use. Women, girls, and young people are more likely to take up waterpipe smoking, especially in the Eastern Mediterranean Region. More research is needed on its addictive properties, and on the associated	<i>Interventionen für Nutzer von Wasserpfeifen nicht untersucht</i>	<i>Verhaltensbasierte Behandlung nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
					health risks, both for users and exposed non-smokers. Evidence-based information about waterpipes' addictive and harmful properties should be developed and disseminated in order to deglamourise and denormalise its use. A clear understanding of dependence development in young waterpipe smokers should guide the development of effective cessation treatments for waterpipe smokers. Such treatments need to be tested with the help of high quality randomized trials.		
<p>Verhaltensbasierte Interventionen mit Kindern / Jugendlichen und Familienmitgliedern</p> <p><i>Verhaltensbasierte Interventionen mit Kindern / Jugendlichen und Familienmitgliedern zur Vermeidung der Rauchaufnahme durch Kinder und Jugendliche</i> Besondere Zielgruppe (Outcome-Messung): Kinder und Jugendliche, präventive Intervention</p>	58	<p>Sollte angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: B+</p>	Gegeben	Neun Studien, N = 4.810	<p>There is moderate quality evidence to suggest that family-based interventions can have a positive effect on preventing children and adolescents from starting to smoke. There were more studies of high intensity programmes compared to a control group receiving no intervention, than there were for other comparisons [!]. The evidence is therefore strongest for high intensity programmes used independently of school interventions.</p>	<p>Jugendlichen sollen Kombinationen von altersgerechter Psychoedukation, Motivationssteigerung (Motivational Enhancement, Selbstwirksamkeit) und verhaltenstherapeutischen Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100%</p> <p><i>(Interventionen für Kinder und Familienmitglieder nicht untersucht²⁶³)</i></p> <p>S. 149</p>	<p><i>Verhaltensbasierte Interventionen mit Kindern / Jugendlichen und Familienmitgliedern nicht untersucht</i></p>

²⁶³ „Nahezu alle Einzelstudien basieren auf Studienpopulationen im Alter zwischen 12 und 19 Jahren, die überwiegende Mehrheit bezieht sich auf den Altersbereich von 14 bis 18 Jahren. Über die Effektivität der Tabakentwöhnung bei Kindern unter 14 Jahren lassen sich keine Aussagen treffen, da die Altersstufe 12-13 Jahre nur in wenigen Studien einbezogen und meist nicht getrennt ausgewertet wurde. Studien bei <12-Jährigen konnten nicht identifiziert werden.“ (AWMF 2015a: 157)

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p>Stimmungsmanagement psychosozial</p> <p><i>Verschiedene Techniken zur Beeinflussung von negativer Stimmung und zur Verbesserung von depressiven Symptomen, z. B. Gruppen- oder Einzelberatung, Selbsthilfe, Bewegung, Hypnose</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: Raucher mit akuter oder vergangener Depression</p>	63	<p>Soll angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A+</p>	<p>Gegeben (<i>getrennt nach akuter und vergangener Depression</i>)</p>	<p>Elf Studien, N = 1.844 (akute Depression)</p> <p>13 Studien, N = 1.496 (vergangene Depression)</p>	<p>Evidence suggests that adding a psychosocial mood management component to a standard smoking cessation intervention increases long-term cessation rates in smokers with both current and past depression when compared with the standard intervention alone.</p>	<p>Rauchenden depressiven Patienten oder Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z.B. Stimmungsmanagement) angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100%</p> <p>S. 209</p>	<p><i>Stimmungsmanagement psychosozial nicht untersucht</i></p>
<p>Soziale Unterstützung (psychosoziale Intervention)</p> <p><i>Unterstützung durch Gleichgesinnte (auch Gesundheitsfachkräfte) und/oder Partner als Strategie der Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: Schwangere</p> <p>„MIC-getestet“: eine Studie, Multicenter Lateinamerika: Argentinien, Brasilien, Kuba, Mexiko [Unterstützung durch Gleichgesinnte²⁶⁴] (Belizan 1995)</p>	20	<p>Sollte angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: B+</p>	<p>Gegeben</p>	<p>Zwei Studien, N = 2.376 (<i>eigene Berechnung, Differenzierung zwischen Kontrollgruppen „weniger intensive Intervention“ und „normale Versorgung“ z. T. unklar²⁶⁵</i>)</p>	<p>Psychosocial interventions to support women to stop smoking in pregnancy can increase the proportion of women who stop smoking in late pregnancy, and reduce low birthweight and preterm births.</p>	<p>Psychotherapeutische Verfahren und Beratung, wie in Kapitel „Psychotherapie“ empfohlen, sollen bei schwangeren Frauen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100%</p> <p>S. 154</p> <p>Insbesondere sollen schwangeren Frauen Intensivberatung, Verhaltensmodifikation und Motivational Enhancement</p>	<p><i>Soziale Unterstützung nicht untersucht</i></p>

²⁶⁴ Schließt Fachkräfte der Gesundheitsversorgung ein (Review-Nr. 20: 11).

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						<p>angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 154</p> <p>Schwangerschaftsspezifische Interventionen (stadienspezifische Motivierung nach TTM, Feedback des Gesundheitsstatus und der Schadstoffbelastung des Fötus, Verstärkung und Belohnung) können angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 155</p>	
<p>Interventionen bezüglich unterstützendem Verhalten durch Partner</p> <p><i>Richtet sich an Raucher, Partner oder beide, Ziel: Unterstützung des Rauchers bei der Aufgabe des Tabakgebrauchs (Def. Partner: Ehemann / -frau, Freunde, Kollegen und andere Unterstützer im Rahmen eines Raucherentwöhnungsprogrammes)</i></p>	41	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Gegeben	13 Studien, N = 2.847 (<i>eigene Berechnung</i>)	<p>In this review of randomized controlled trials of interventions designed to enhance partner support for smokers in cessation programmes, we failed to detect an increase in quit rates. Limited data from several of the trials suggest that these interventions also did not increase partner support. No conclusions can be made about the impact of partner support on smoking cessation.</p>	<p>Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinentz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 93% S. 76</p>	<p><i>Interventionen bezüglich unterstützendem Verhalten durch Partner nicht untersucht</i></p>

²⁶⁵ Z. B. Studie Albrecht 2006: Kontrollgruppe wird als „usual care“ (dt. normale Versorgung) beschrieben (Review-Nr. 20: 87), auf S. 317 aber gepoolt mit Kontrollgruppe „less intensive interventions“ (dt. weniger intensive Interventionen).

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						<p>Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 93% S. 76 (Interventionen für Partner nicht untersucht)</p>	
<p>Motivations-Enhancement-Therapie</p> <p><i>Interventionen mit dem Ziel, jungen Menschen bei der Aufgabe des Tabakgebrauchs zu helfen, hier: Motivations-Enhancement-Therapie</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: junge Menschen</p> <p>„MIC-getestet“: eine Studie, Russische Föderation (Project EX Russia 2013)</p>	47	<p>Sollte angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: B+</p>	Gegeben	Zwölf Studien, N = 2.731 (eigene Berechnung) ²⁶⁶	<p>Complex approaches show promise, with some persistence of abstinence (30 days point prevalence abstinence or continuous abstinence at six months), especially those incorporating elements sensitive to stage of change and using motivational enhancement and CBT. [...] There is not yet sufficient evidence to recommend widespread implementation of any one model. There continues to be a need for well-designed adequately powered randomized controlled trials of interventions for this population of smokers.</p>	<p>Jugendlichen sollen Kombinationen von altersgerechter Psychoedukation, Motivationssteigerung (Motivational Enhancement, Selbstwirksamkeit) und verhaltenstherapeutischen Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% (Hervorhebung durch Autorin)</p> <p>S. 149</p>	<i>Motivations-Enhancement-Therapie nicht untersucht</i>

²⁶⁶ Unter „Motivational Enhancement“ werden hier auch MI sowie weitere Interventionen, wie Bildung und Beratung gefasst; Unterscheidung der Kontrollgruppen z. T. ähnlich unklar, wie Beschreibung in anderer Fußnote.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p>Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung (Transtheoretical Model, TTM)</p> <p><i>Interventionen mit dem Ziel, jungen Menschen bei der Aufgabe des Tabakgebrauchs zu helfen, hier: Interventionen nach dem TTM-Modell</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: junge Menschen</p>	47	<p>Sollte angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: B+</p>	Gegeben	Drei Studien, N = 1.642 (<i>eigene Berechnung</i>)	<p>Complex approaches show promise, with some persistence of abstinence (30 days point prevalence abstinence or continuous abstinence at six months), especially those incorporating elements sensitive to stage of change and using motivational enhancement and CBT. [...] There is not yet sufficient evidence to recommend widespread implementation of any one model. There continues to be a need for well-designed adequately powered randomized controlled trials of interventions for this population of smokers.</p>	<p>Jugendlichen sollen Kombinationen von altersgerechter Psychoedukation, Motivationssteigerung (Motivational Enhancement, Selbstwirksamkeit) und verhaltenstherapeutischen Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 149 (<i>Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung für Jugendliche nicht untersucht</i>)</p>	<i>Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung nicht untersucht</i>
Beratung							
<p>Beratung</p> <p><i>Kurze und intensive Beratung zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs</i></p> <p>Besondere Durchführer: Krankenschwestern</p> <p>„MIC-getestet“: eine Studie, China (Jiang 2007)</p>	43	<p>Soll angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A+</p>	Gegeben	35 Studien, N > 17.000	<p>The results indicate the potential benefits of smoking cessation advice and/or counselling given by nurses, with reasonable evidence that intervention is effective. The evidence for an effect is weaker when interventions are brief and are provided by nurses whose main role is not health promotion or smoking cessation. The challenge will be to incorporate smoking behaviour monitoring and smoking cessation interventions as part of standard practice so that all patients are given an opportunity to be asked about their tobacco use and to be given advice and/or counselling to quit along with reinforcement and follow-up.</p>	<p>In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 46 Beim direkten Vergleich einer minimalen Kurzberatung gegenüber einer intensivierten Beratung ist die intensive-</p>	<i>Beratung nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						<p>re 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. (S. 48)</p> <p>Die Beratung zum Rauchstopp sollte systematisch sowohl durch ärztliche/ psychotherapeutische, als auch durch geschulte andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B+ (KKP) LoE: - / 100%</p> <p style="text-align: right;">S. 225</p>	
<p>Beratung</p> <p><i>Verbale Instruktionen zum Erreichen einer Rauchabstinenz (kurz: Sitzung von 20 Min. und weniger, bis zu einem weiteren Kontakt / intensiv: Sitzung über 20 Min., zusätzliches Material oder mehr als ein Folgekontakt)</i> Besondere Durchführer: Ärzte</p>	48	<p>Soll angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A+</p>	Gegeben	<p>17 Studien (kurz), N = 16.328 Elf Studien (intensiv), N = 9.574</p>	<p>Simple advice has a small effect on cessation rates. Assuming an unassisted quit rate of 2 to 3%, a brief advice intervention can increase quitting by a further 1 to 3%. Additional components appear to have only a small effect, though there is a small additional benefit of more intensive interventions compared to very brief interventions.</p>	<p>In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100%</p>	<i>Beratung nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						<p>S. 46 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. (S. 48)</p> <p>Die Beratung zum Rauchstopp sollte systematisch sowohl durch ärztliche/ psychotherapeutische, als auch durch geschulte andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B+ (KKP) LoE: - / 100%</p> <p>S. 225</p>	
Beratung	20	Sollte angeboten werden	Gegeben	Zwei Studien, N = 410 (eige-	Psychosocial interventions to support women to stop smoking in pregnancy can increase the propor-	Psychotherapeutische Verfahren und Beratung,	<i>Beratung nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
<p><i>Interventionen die Motivation zur Aufgabe des Tabakgebrauchs, Problemlösungsfähigkeiten und Bewältigungskompetenzen fördern</i> Besondere Zielgruppe: Schwangere</p>		Empfehlungsgrad: B+		ne Berechnung ²⁶⁷⁾	<p>tion of women who stop smoking in late pregnancy, and reduce low birthweight and preterm births.</p>	<p>wie in Kapitel „Psychotherapie“ empfohlen, sollen bei schwangeren Frauen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 154</p> <p>Insbesondere sollen schwangeren Frauen Intensivberatung, Verhaltensmodifikation und Motivational Enhancement angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 154</p> <p>Schwangerschaftsspezifische Interventionen (stadienspezifische Motivierung nach TTM, Feedback des Gesundheitsstatus und der Schadstoffbelastung des Fötus, Verstärkung und Belohnung) können angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100%</p>	

²⁶⁷ Hier nur Teilnehmerzahl für zwei Studien mit langem Follow-up (12 bis 17 Monate nach Geburt) gezählt. Bei darüberhinausgehenden Follow-up-Zeiten wird der Effekt nicht signifikant.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						S. 155	
<p>Beratung (kurz, intensiv, telefonisch)</p> <p><i>Jede Maßnahme zur Reduktion der Rauchexposition bei Kindern, Rauchprävention und Aufgabe des Tabakgebrauchs (Eltern, Familienmitglieder, Kinderbetreuer, Lehrer) sowie andere Tabakkontrollprogramme, hier: Beratung</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: Kinder, spezielles Outcome: ETS-Exposition bei Kindern</p>	04	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Nicht gegeben	<p>33 Studien, N = 9.232 (davon 1.930 Familien [nicht einzelne Personen, wie „Mütter, Väter, „Eltern“], bei elf Studien Teilnehmerzahl nicht angegeben, eigene Berechnung)</p>	<p>[...] Although several interventions, including parental education and counselling programmes, have been used to try to reduce children's tobacco smoke exposure, their effectiveness has not been clearly demonstrated. The review was unable to determine if any one intervention reduced parental smoking and child exposure more effectively than others, although seven studies were identified that reported motivational interviewing or intensive counselling provided in clinical settings was effective.</p>	<p>In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 46</p> <p>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. (S. 48)</p> <p>In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.</p>	<i>Beratung nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systemati- scher Recherche) / 96% S. 47	
Beratung (TTM) <i>Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung mit dem Ziel des Erreichens einer Veränderung des Rauchverhaltens, hier: Beratung (individuell)</i>	08	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Sieben Studien, N = 3.693 (<i>eigene Berechnung</i>)	Based on four trials using direct comparisons, stage-based self-help interventions (expert systems and/or tailored materials) and individual counselling were neither more nor less effective than their non-stage-based equivalents. Thirty-one trials of stage-based self-help or counselling interventions versus any control condition demonstrated levels of effectiveness which were comparable with their non-stage-based counterparts. Providing these forms of practical support to those trying to quit appears to be more productive than not intervening. However, the additional value of adapting the intervention to the smoker's stage of change is uncertain. The evidence is not clear for other types of staged intervention, including telephone counselling, interactive computer programmes and training of physicians or lay supporters. The evidence does not support the restriction of quitting advice and encouragement only to those smokers perceived to be in the preparation and action stages.	<i>Beratung nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung untersucht</i>	<i>Beratung nicht untersucht</i>
Unterstützung durch Beratung mit Aufzeichnungen <i>Jede Intervention zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums, hier: Beratung mit Aufzeichnungen</i>	46	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben	Zwei Studien, N = 976	The limited number of studies to date suggests that trained community pharmacists, providing a counselling and record keeping support programme for their customers, may have a positive effect on smoking cessation rates. The strength of evidence is limited	In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.	<i>Unterstützung durch Beratung mit Aufzeichnungen nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
Besondere Durchführer: Apotheker und / oder Apothekenmitarbeiter					because only one of the trials showed a statistically significant effect.	<p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 46</p> <p>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. (S. 48)</p> <p>Die Beratung zum Rauchstopp sollte systematisch sowohl durch ärztliche/ psychotherapeutische, als auch durch geschulte andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B+ (KKP) LoE: - / 100% S. 225</p>	
Verschiedene Formen der Beratung und Anleitung	53	Kann angeboten werden	Nicht gegeben	Vier Studien, N = 4.772 (<i>eigene Be-</i>	There is insufficient evidence about long-term benefit to support the use of interventions intended to help	Rauchern, die ihren Tabakkonsum nicht aufgeben können oder reduzie-	<i>Verschiedene Formen der Beratung und</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p><i>Interventionen zur Reduzierung der Rauch-Menge oder zur Reduzierung des Schadens durch Rauchen, hier: Beratung und Anleitung</i></p> <p>Besonderes Outcome: Veränderung der Rauch-Menge (Cigarettes Per Day, CPD-Reduzierung)</p>		Empfehlungsgrad: 0+		rechnung)	smokers reduce but not quit smoked tobacco use. Some people who do not wish to quit can be helped to cut down the number of cigarettes smoked and reduce their CO levels by using nicotine gum or nicotine inhaler. Because the long-term health benefit of a reduction in smoking rate is unclear, but is likely to be small, this application of NRT is more appropriately used as a precursor to quitting.	ren wollen, sollten Hilfestellungen zur Reduktion des Tabakkonsums (NET, Beratung, Verhaltenstherapie) angeboten werden.	<i>Anleitung nicht untersucht</i>
<p>Telefonische Beratung</p> <p><i>Pharmakologische oder verhaltensbasierte Interventionen, hier: telefonische Beratung</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: ST-Nutzer</p>	25	Sollte angeboten werden	Gegeben	Neun Studien, N = 4.359 (eigene Berechnung)	[...] Behavioural interventions incorporating telephone counselling or an oral examination are likely to increase abstinence rates.	In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.	<i>Telefonische Beratung nicht untersucht</i>
<p>Beratung telefonisch („Unterstützung“)</p> <p><i>Jede psychosoziale Intervention mit dem Ziel einer Veränderung des Rauchverhaltens, hier: Beratung telefonisch</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzkrankung</p>	03	Soll angeboten werden	Gegeben	Elf Studien, N = 2.642 (eigene Berechnung)	Psychosocial smoking cessation interventions are effective in promoting abstinence at 1 year, provided they are of sufficient duration. Further studies, with longer follow-up, should compare different psychosocial intervention strategies, or the addition of a psychosocial intervention strategy to pharmacological therapy (e.g. nicotine replacement therapy) compared with pharmacological treatment alone.	<i>Empfehlung allgemein, nicht speziell für koronare Herzkrankung:</i> In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.	<i>Beratung telefonisch nicht untersucht</i>
		Empfehlungsgrad: A+				Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 91% S. 64 – 65	
		Empfehlungsgrad: A+				Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 47 (<i>Telefonische Beratung in Bezug auf ST-Nutzer nicht untersucht</i>)	
		Empfehlungsgrad: A+				Empfehlungsgrad: A+	

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 47 Rauchenden Patienten mit tabakassoziierten Erkrankungen, soll eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser und psychosozialer Unterstützung angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ (KKP) LoE: - / 95% S. 191	
Motivierende Gesprächsführung <i>Intervention nach den Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (Miller, 2002)</i>	34	Sollte angeboten werden Empfehlungsgrad: B+	Gegeben	14 Studien, N > 10.000	Motivational interviewing may assist smokers to quit. However, the results should be interpreted with caution due to variations in study quality, treatment fidelity and the possibility of publication or selective reporting bias.	Motivierende Gesprächsführung sollte bei Rauchern, die eine geringe Motivationslage haben, zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 81% S. 46	<i>Motivierende Gesprächsführung nicht untersucht</i>
Bildung, Schulung und Training							
Schulbasierte Interventionen, Hausbesuche (edukativ), Gruppensitzungen <i>Jede Maßnahme zur Reduktion der Rauchexposition bei Kindern, Rauchprävention und Aufgabe des Tabakgebrauchs (Eltern, Familienmitglieder, Kinderbetreuer)</i>	04	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben	18 Studien, N = 24.654 (davon 647 „Familien“, 274 „Haushalte“, bei fünf Studien keine Zahlen genannt, eigene	[...] Although several interventions, including parental education and counselling programmes, have been used to try to reduce children's tobacco smoke exposure, their effectiveness has not been clearly demonstrated. The review was unable to determine if any one intervention reduced parental smoking and child exposure more effectively than others, although	Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sollten mehrere Komponenten	<i>Schulbasierte Interventionen, Hausbesuche, Gruppensitzungen nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
<p>er, Lehrer) sowie andere Tabak- kontrollprogramme, hier: Schulba- sisierte Interventionen, Hausbesu- che, Gruppensitzungen Besondere Zielgruppe: Kinder, spezielles Outcome: ETS- Exposition bei Kindern</p> <p>„MIC-getestet“: eine Studie, China (Zhang 1993)</p>				<p>Berechnung), plus 96 Grundschulen</p>	<p>seven studies were identified that reported motivational interviewing or intensive counselling provided in clinical settings was effective.</p>	<p>enthalten. Empfehlenswert sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Motivationsstärkung • Maßnahmen zur kurzfris- tigen Rückfallprophylaxe • Interventionen zur Stär- kung der Selbstwirksam- keit • alltagspraktische Bera- tung mit konkreten Verhal- tensinstruktionen und praktischen Bewältigungs- strategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanage-ment (!)). <p>(Hervorhebung durch Autorin)</p> <p>Empfehlungsgrad: B+ (KKP) LoE: - / 94%</p> <p style="text-align: right;">S. 77 – 78</p> <p>(Bildungsbasierte Inter- ventionen als eigene In- terventionskategorie nicht beschrieben)</p>	
<p>Bildungsbasierte Interventionen im Rahmen von koordinierten multidimensionalen Programmen (Gemeindeansatz)</p> <p>Koordinierte, multidimensionale Programme zur Veränderung des</p>	45	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungs- grad: 0+</p>	Nicht gegeben	<p>37 Studien, N = 12.700.308 (Populations- zahlen von Gemeinden, Landkreisen u. ä., bei acht</p>	<p>The failure of the largest and best conducted studies to detect an effect on prevalence of smoking is disappointing. A community ap- proach will remain an important part of health promotion activities, but designers of future programmes will need to take account of this</p>	<p>Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltensthe- rapeutischer Behandlungen liegen keine ausrei- chenden Daten vor. Ver- haltenstherapeutische</p>	<p>Bildungsbasierte Interventionen im Rahmen von koordinierten multidimensio- nalen Program- men (Gemein-</p>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p><i>Rauchverhaltens, hier: Bildung und Information</i> Besondere Zielgruppe: Erwachsene, präventive Intervention</p> <p>„MIC-getestet“: zwei Studien, Indien und Südafrika (Anantha 1995 und Roussow 1993)</p>				<p>Studien keine Zahlen genannt, eigene Berechnung)</p>	<p>limited effect in determining the scale of projects and the resources devoted to them.</p>	<p>Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten. Empfehlenswert sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Motivationsstärkung • Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe • Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit • alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement [sic]). <p>(Hervorhebung durch Autorin)</p> <p>Empfehlungsgrad: B+ (KKP) LoE: - / 94%</p> <p>S. 77 – 78</p> <p>(Bildungsbasierte Interventionen als eigene Interventionskategorie und im Rahmen von multidimensionalen Programmen nicht untersucht)</p>	<p>deansatz) nicht untersucht²⁶⁸</p>
Bildungsbasierte Interventionen	16	Kann angeboten	Nicht	24 Studien, N	There is some evidence to support	Jugendlichen sollen Kom-	<i>Bildungsbasierte</i>

²⁶⁸ Bei Hoffman und Tan (2015) werden massenmediale Kampagnen innerhalb der Kategorie „Warn about the dangers of tobacco“ u. a. als Teil von Mehrkomponenten-Programmen untersucht (Hoffman und Tan 2015: 6). Da es sich bei Hoffman und Tan (2015) um bevölkerungsweite Interventionen handelt, wird deren Ergebnis unter der Kategorie „Medien“ bei den Kollektivinterventionen aufgeführt.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p>im Rahmen von koordinierten multidimensionalen Programmen (Gemeindeansatz)</p> <p><i>An Teile von oder ganze Gemeinden gerichtete Mehrkomponenten-Interventionen zur Beeinflussung des Rauchverhaltens, hier: Schulbasierte Programme²⁶⁹</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: junge Menschen, präventive Intervention</p> <p>„MIC-getestet“: eine Studie, Indien (Perry 2008)</p>		<p>werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	<p>gegeben (für hier relevante Sub-Gruppe: Schulbasierte Programme)</p>	<p>= 109.743 (bei zwei Studien keine Zahlen genannt, eigene Berechnung)</p>	<p>the effectiveness of community interventions in reducing the uptake of smoking in young people, but the evidence is not strong and contains a number of methodological flaws.</p>	<p>binationen von altersgerechter Psychoedukation, Motivationssteigerung (Motivational Enhancement, Selbstwirksamkeit) und verhaltenstherapeutischen Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 149</p> <p>Jugendlichen sollten niedrigschwellige Interventionen (Kurzberatung/short counselling, Selbsthilfematerial, Raucherfibel, Quickguides/Kurzanleitungen, Infomaterial, Fertigkeitsvermittlung), wie in Kapitel 4.1. empfohlen, angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B+ LoE: 2 (aus systematischer Recherche) / 94% S. 149</p> <p>Tabakentwöhnungsprogramme mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, Motivierender Inter-</p>	<p><i>Interventionen im Rahmen von koordinierten multidimensionalen Programmen (Gemeindeansatz) nicht untersucht²⁷⁰</i></p>

²⁶⁹ „The majority of studies included school components in addition to a multi-component community intervention (twenty one out of twenty five included studies), though the duration and intensity differed.“ (Review-Nr. 16: 10)

²⁷⁰ Vgl. Fußnote „Bei Hoffmann und Tan (2015) werden massenmediale Kampagnen innerhalb der Kategorie ‘Warn about the dangers of tobacco’ u. a. ...“

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						vention und Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung sollen Jugendlichen angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 150 – 151	
<p>Bildungsbasierte Interventionen</p> <p><i>Interventionen zur Vermeidung des Beginns des Tabakgebrauchs oder des Übergangs vom Experimentieren zum regelmäßigen Gebrauch, hier: bildungsbasierte Interventionen</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: indigene Jugendliche, besonderes Outcome: auch ST berücksichtigt, präventive Intervention</p>	17	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Nicht gegeben	Zwei Studien, N = 1.505 (eigene Berechnung)	<p>Based on the available evidence, a conclusion cannot be drawn as to the efficacy of tobacco prevention initiatives tailored for Indigenous youth. This review highlights the paucity of data and the need for more research in this area. Smoking prevalence in Indigenous youth is twice that of the non-Indigenous population, with tobacco experimentation commencing at an early age. As such, a significant health disparity exists where Indigenous populations, a minority, are over-represented in the burden of smoking-related morbidity and mortality. Methodologically rigorous trials are needed to investigate interventions aimed at preventing the uptake of tobacco use amongst Indigenous youth and to assist in bridging the gap between tobacco-related health disparities in Indigenous and non-Indigenous populations.</p>	<p>Jugendlichen sollen Kombinationen von altersgerechter Psychoedukation, Motivationssteigerung (Motivational Enhancement, Selbstwirksamkeit) und verhaltenstherapeutischen Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 149</p> <p>Jugendlichen sollten niedrigschwellige Interventionen (Kurzberatung/short counselling, Selbsthilfematerial, Raucherfibel, Quickguides/Kurzanleitungen, Infomaterial, Fertigkeitsvermittlung), wie in Kapitel 4.1. empfohlen, angeboten werden.</p>	<i>Bildungsbasierte Interventionen nicht untersucht²⁷¹</i>

²⁷¹ Bildungsbasierte Interventionen aus Review-Nr. 17 enthalten mediale Kampagnen im Rahmen von Mehrkomponenten-Programmen. Da es sich bei Hoffman und Tan (2015) um bevölkerungsweite Interventionen handelt, wird deren Ergebnis unter der Kategorie „Medien“ bei den Kollektivinterventionen aufgeführt.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						<p>Empfehlungsgrad: B+ LoE: 2 (aus systematischer Recherche) / 94% S. 149</p> <p>Tabakentwöhnungsprogramme mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, Motivierender Intervention und Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung sollen Jugendlichen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 150 – 151 (Interventionen für indigene Jugendliche nicht beschrieben, ST nicht berücksichtigt)</p>	
<p>Lehrplanbasierte Interventionen</p> <p><i>Alle schulbasierten Programme mit dem Ziel der Prävention des Tabakgebrauchs (u. a.), verschiedene theoretische Interventionsansätze</i></p> <p>Besondere Zielgruppe / Setting: Schüler / Schulen, präventive Intervention</p> <p>„MIC-getestet“: vier Studien, China (zwei), Südafrika, Thailand (Chou 2006, Wen 2010, Resnicow 2008, Seal 2006)</p>	59	<p>Soll angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A+</p>	Gegeben	78 Studien, N = 300.597 („Pure prevention cohorts“, Multi-Risiko-Faktoren-Studien einbezogen)	<p>Pure Prevention cohorts showed a significant effect at longest follow-up, with an average 12% reduction in starting smoking compared to the control groups. [...]</p>	<p>Jugendlichen sollen Kombinationen von altersgerechter Psychoedukation, Motivationssteigerung (Motivational Enhancement) und verhaltenstherapeutischen Interventionen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 149</p> <p>Jugendlichen sollten niedrigschwellige Interventio-</p>	<p><i>Lehrplanbasierte Interventionen nicht untersucht</i></p>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						<p>nen (Kurzberatung/short counselling, Selbsthilfematerial, Raucherfibel, Quickguides/Kurzanleitungen, Infomaterial, Fertigkeitsvermittlung), wie in Kapitel 4.1. empfohlen, angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B+ LoE: 2 (aus systematischer Recherche) / 94% S. 149</p> <p>Tabakentwöhnungsprogramme mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, Motivierender Intervention und Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung sollen Jugendlichen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 150 – 151 (Setting: Schule nicht gesondert hervorgehoben)</p>	
<p>Gesundheitliche Aufklärung</p> <p><i>Informationen über die Risiken des Rauchens und Anraten einer</i></p>	20	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungs-</p>	Gegeben	Drei Studien, N = 514 (<i>eigene Berechnung</i>)	<p>Psychosocial interventions to support women to stop smoking in pregnancy can increase the proportion of women who stop smoking in</p>	<p>Psychotherapeutische Verfahren und Beratung, wie in Kapitel „Psychotherapie“ empfohlen, sollen</p>	<p><i>Gesundheitliche Aufklärung nicht untersucht²⁷²</i></p>

²⁷² Gesundheitliche Aufklärung betrifft in Review-Nr. 20 Informationsbereitstellung, Selbsthilfehandbücher und Benachrichtigungen über SMS. Gesundheitliche Aufklärung ist auch Bestandteil von massenmedialen und bevölkerungsweiten Interventionen, die bei Hoffman und Tan (2015) in der Kategorie „Warn about the dangers of tobacco“ erfasst sind. Deren Ergebnis zu massenmedialen Kampagnen wird unter „Medien“ bei den Kollektivinterventionen aufgeführt.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
Aufgabe des Tabakgebrauchs, keine weitere Unterstützung oder Beratung zur Umsetzung Besondere Zielgruppe: Schwangere		grad: 0+			late pregnancy, and reduce low birthweight and preterm births.	<p>bei schwangeren Frauen angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systemati- scher Recherche) / 100% S. 154</p> <p>Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltensthe- rapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeu- tische Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten. Empfehlenswert sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Motivationsstärkung • Maßnahmen zur kurzfris- tigen Rückfallprophylaxe • Interventionen zur Stär- kung der Selbstwirksam- keit • alltagspraktische Bera- tung mit konkreten Verhal- tensinstruktionen und praktischen Bewältigungs- strategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement [sic]) <p>Empfehlungsgrad: B+ (KKP) LoE: - / 94% S. 77 – 78 (Hervorhebung durch</p>	

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
						<i>Autorin</i>	
Informationen an Einzelhändler <i>Interventionen um Einzelhändler davon abzuhalten Tabakprodukte an Minderjährige zu verkaufen, hier: Informationen</i> Besondere Zielgruppe: Minderjährige	56	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben	19 Studien, N = 4.207 (<i>gezählt wurden Einzelhändler/„retail outlets“; bei fünf Studien keine Zahlen genannt, das meiste sind pre/post-Studien oder Zeitreihenanalysen, eigene Berechnung</i>)	Interventions with retailers can lead to large decreases in the number of outlets selling tobacco to youths. However, few of the communities studied in this review achieved sustained levels of high compliance. This may explain why there is limited evidence for an effect of intervention on youth perception of ease of access to tobacco, and on smoking behaviour.	<i>Informationen an Einzelhändler nicht untersucht</i>	<i>Informationen an Einzelhändler nicht untersucht</i> ²⁷³
Informationsmaterial und Selbsthilfe							
Selbsthilfematerial <i>Jede Intervention am Arbeitsplatz mit dem Ziel der Aufgabe des Tabakgebrauchs, hier: Selbsthilfematerial</i> Besondere Zielgruppe/ besonderes Setting: Arbeiter/ Angestellte, Arbeitsplatz	07	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Sechs Studien, N = 1.906	[...] Self-help interventions and social support are less effective. Although people taking up these interventions are more likely to stop, the absolute numbers who quit are low. [...]	In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten klassische Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 97% S. 47 – 48 <i>(Empfehlung auf Gesund-</i>	<i>Selbsthilfematerial nicht untersucht</i>

²⁷³ Der Overview of Reviews enthält als Quelle zu der Kategorie „Restrict sales to minors“ u. a. den Cochrane-Review Nr. 56. Darin ist die Intervention „Informationen an Einzelhändler“ enthalten. Jedoch wird bei Hoffman und Tan (2015) nicht explizit auf diesen Interventionstyp verwiesen. Unter „Restrict sales to minors“ werden bei Hoffman und Tan (2015: 7) Einschränkungen (engl. Restrictions) und Verbote (engl. Prohibitions, bannings) für Einzelhändler beschrieben. Die Ergebnisse aus dem Overview von Hoffman und Tan (2015) in dieser Kategorie werden somit nur unter „Gesetze und Verbote“ bei den Kollektivinterventionen aufgeführt.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						<i>heitsversorgung bezogen, Interventionen am Arbeitsplatz nicht untersucht)</i>	
Selbsthilfematerial <i>Jede Anleitung und jedes Programm zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs bei Einzelnen, wenn keine Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte, Berater oder Unterstützung durch Gruppen</i>	30	Soll angeboten werden Empfehlungsgrad: A+	Gegeben	Elf Studien, N = 13.241 (standardisiertes Material) Neun Studien, N = 13.437 (zugeschnittenes Material)	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. There is evidence that materials that are tailored for individual smokers are more effective than non-tailored materials, although the absolute size of effect is still small. Available evidence tested self-help interventions in high income countries; further research is needed to investigate their effect in contexts where more intensive support is not available.	In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten klassische Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 97% S. 47 – 48	<i>Selbsthilfematerial nicht untersucht</i>
Selbsthilfe <i>Jede psychosoziale Intervention mit dem Ziel einer Veränderung des Rauchverhaltens, hier: Selbsthilfe</i> Besondere Zielgruppe: Patienten mit koronarer Herzerkrankung	03	Soll angeboten werden Empfehlungsgrad: A+	Gegeben	Elf Studien, N = 3.256 (eigene Berechnung)	Psychosocial smoking cessation interventions are effective in promoting abstinence at 1 year, provided they are of sufficient duration. [...]	<i>Empfehlung allgemein, nicht speziell für koronare Herzerkrankung:</i> In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten klassische Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 97% S. 47 – 48 Rauchenden Patienten mit	<i>Selbsthilfe nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						tabakassoziierten Erkrankungen, soll eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser und psychosozialer Unterstützung angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ (KKP) LoE: - / 95% S. 191	
Selbsthilfe (TTM) <i>Interventionen nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung (Transtheoretisches Modell, TTM, nach Prochaska), hier: Selbsthilfe</i>	08	Sollte angeboten werden Empfehlungsgrad: B+	Gegeben	15 Studien ²⁷⁴ , N = 18.498 (<i>eigene Berechnung</i>)	Based on four trials using direct comparisons, stage-based self-help interventions (expert systems and/or tailored materials) and individual counselling were neither more nor less effective than their non-stage-based equivalents. Thirty-one trials of stage-based self-help or counselling interventions versus any control condition demonstrated levels of effectiveness, which were comparable with their non-stage-based counterparts. Providing these forms of practical support to those trying to quit appears to be more productive than not intervening. However, the additional value of adapting the intervention to the smoker's stage of change is uncertain. The evidence is not clear for other types of staged intervention, including telephone counselling, interactive	In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten klassische Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 97% S. 47 – 48 (<i>Selbsthilfe nach dem Stufenmodell der Verhaltensänderung nicht untersucht</i>)	<i>Selbsthilfe (TTM) nicht untersucht</i>

²⁷⁴ In Review-Nr. 8 (vgl. Abstract, S. 2) ist von 12 Studien die Rede, die stufenbasierte Selbsthilfe mit normaler Versorgung (oder „assessment only“) vergleichen und ein positiv signifikantes Ergebnis (Meta-Analyse) erreichen. Jedoch taucht dieses Ergebnis in den Forest Plots nicht auf. Aus der Beschreibung der Eigenschaften der Studien wurden diejenigen gezählt, die eine Selbsthilfe-Komponente haben und in denen die Vergleichsgruppen „usual care“ oder „assessment only“ sind.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
					computer programmes and training of physicians or lay supporters. The evidence does not support the restriction of quitting advice and encouragement only to those smokers perceived to be in the preparation and action stages.		
Anreize							
Bedingte Verstärkung (Contingent Reinforcement, CR) mit Geld <i>Pharmakologische und nicht pharmakologische Interventionen (alleine oder in Kombination) zur Aufgabe oder Reduktion des Tabakkonsums, hier: bedingte Verstärkung</i> Besondere Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind	61	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie ²⁷⁵ , N = 181	[...] CR may help this group of patients to quit and reduce smoking in the short term. [...]	Zwei Studien zeigten, dass Contingent Reinforcement (CR), also verstärkungsorientierte Ansätze mit Geld, die Abstinenzrate bei schizophrenen Patienten erhöhen und die Anzahl der gerauchten Zigaretten verringern kann. Jedoch blieben diese Studien Berichte über Langzeiteffekte schuldig. (S. 216-217)	<i>Bedingte Verstärkung mit Geld nicht untersucht²⁷⁶</i>
Anreize <i>Jede Art eines von außen zur Verfügung gestellten materiellen Nutzens mit dem Ziel der Förde-</i>	33	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben (hier nur drei robusteste Studien)	Drei Studien, N = 3.056	To date, incentive programmes have not been shown to prevent smoking initiation among youth, although there are relatively few published studies and these are of	<i>Anreize für Kinder / Jugendliche nicht untersucht</i>	<i>Anreize nicht untersucht²⁷⁷</i>

²⁷⁵ In zwei Studien des Reviews Nr. 61 wurde CR getestet. Bei Tidey (2011) ist das Follow-up sehr kurz (vier Wochen: Review-Nr. 61: 65). Das Ergebnis genügt somit nicht den aufgestellten (und eingegrenzten) Einschlusskriterien der vorliegenden Arbeit. In der zweiten Studie (Gallagher 2007) entspricht das Follow-up den Einschlusskriterien (36 Wochen: Review-Nr. 61: 43).

²⁷⁶ Review-Nr. 61 ist bei Hoffman und Tan (2015) nicht eingeschlossen. Anreize werden bei Hoffman und Tan (2015) als bevölkerungsweite Intervention unter „Offer help to quit tobacco use“ untersucht. Diese Ergebnisse werden unter „gesundheitsystembasierte Interventionen“ („patientenbasierte finanzielle Interventionen“) bei den Kollektivinterventionen aufgeführt.

²⁷⁷ Review-Nr. 33 ist bei Hoffman und Tan (2015) eingeschlossen. Allerdings werden Anreize als bevölkerungsweite Interventionen unter „Offer help to quit tobacco use“ untersucht. Diese Ergebnisse werden unter „gesundheitsystembasierte Interventionen“ („patientenbasierte finanzielle Interventionen“) bei den Kollektivinterventionen aufgeführt.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p><i>ung einer Vermeidung des Rauchens</i> Besondere Zielgruppe: Kinder und Jugendliche</p>			<i>eingeschlossen</i>		variable quality. [...]		
<p>Quit and Win Contests</p> <p><i>Populationsbezogene Wettbewerbe (lokal, national, international)</i></p> <p>„MIC-getestet“: eine Studie, Russische Föderation (McAlister 2000)</p>	10	<p>Sollte angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: B+</p>	Nicht gegeben	Fünf Studien, N = 10.339 (<i>eigene Berechnung</i>)	Quit and win contests at local and regional level appear to deliver quit rates above baseline community rates, although the population impact of the contests seems to be relatively low. Contests may be subject to levels of deception which could compromise the validity of the intervention. International contests may prove to be an effective mechanism, particularly in developing countries, but a lack of well-designed comparative studies precludes any firm conclusions.	<i>Quit and Win Contests nicht untersucht</i>	<i>Quit and Win Contests nicht untersucht</i>
Feedback über Biomarker							
<p>Feedback über Messungen der ETS-Exposition bei Kindern</p> <p><i>Jede Maßnahme zur Reduktion der Rauchexposition bei Kindern, Rauchprävention und Aufgabe des Tabakgebrauchs (Eltern, Familienmitglieder, Kinderbetreuer, Lehrer) sowie andere Tabakkontrollprogramme, hier: Feedback über Messungen der ETS-Exposition bei Kindern</i> Besondere Zielgruppe: Kinder, spezielles Outcome: ETS-Exposition bei Kindern</p> <p>„MIC-getestet“: eine Studie, Türkei</p>	04	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Nicht gegeben	Sechs Studien ²⁷⁸ , N = 486 (<i>bei drei Studien keine Zahlen genannt</i>)	[...] Although several interventions, including parental education and counselling programmes, have been used to try to reduce children's tobacco smoke exposure, their effectiveness has not been clearly demonstrated. [...]	<i>Feedback über Messungen der ETS-Exposition bei Kindern nicht untersucht</i>	<i>Feedback über Messungen der ETS-Exposition bei Kindern nicht untersucht</i>

²⁷⁸ Kontrollgruppen bei zwei Studien nicht klar, bei zwei Studien eher Vergleich mit anderer Intervention, als „usual care“.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
(Ekerbicer 2007)							
<p>Feedback über mütterliche Cotinin-Werte</p> <p><i>Jede Maßnahme zur Reduktion der Rauchexposition bei Kindern, Rauchprävention und Aufgabe des Tabakgebrauchs (Eltern, Familienmitglieder, Kinderbetreuer, Lehrer) sowie andere Tabakkontrollprogramme, hier: Feedback über mütterliche Cotinin-Werte</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: Kinder, spezielles Outcome: ETS-Exposition bei Kindern</p>	04	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Nicht gegeben	Eine Studie, N = 40	[...] Although several interventions, including parental education and counselling programmes, have been used to try to reduce children's tobacco smoke exposure, their effectiveness has not been clearly demonstrated. [...]	<i>Feedback über mütterliche Cotinin-Werte nicht untersucht</i>	<i>Feedback über mütterliche Cotinin-Werte nicht untersucht</i>
<p>Genetische Tests</p> <p><i>Jede Intervention bei der eine physische Messung zur Steigerung der Motivation zur Aufgabe des Tabakkonsums genutzt wurde, hier: genetische Tests zur Vermittlung der Anfälligkeit für durch Rauchen mit verursachte Krebsarten</i></p>	05	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Nicht gegeben (für hier relevante Sub-Gruppe: genetische Tests)	Zwei Studien, N = 1.259 (eigene Berechnung)	There is little evidence about the effects of most types of biomedical tests for risk assessment on smoking cessation. Of the fifteen included studies, only two detected a significant effect of the intervention. [...] Mixed quality evidence does not support the hypothesis that other types of biomedical risk assessment increase smoking cessation in comparison to standard treatment. There is insufficient evidence with which to evaluate the hypothesis that multiple types of assessment are more effective than single forms of assessment.	<i>Genetische Tests nicht untersucht</i>	<i>Genetische Tests nicht untersucht</i>
<p>Feedback-Interventionen</p> <p><i>Interventionen bei denen die Mutter Feedback in Form von Informationen über den fetalen Gesundheitszustand oder über Messungen der Abbauprodukte des</i></p>	20	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Gegeben	Zwei Studien, N = 857 (eigene Berechnung)	Psychosocial interventions to support women to stop smoking in pregnancy can increase the proportion of women who stop smoking in late pregnancy, and reduce low birthweight and preterm births.	Schwangerschaftsspezifische Interventionen (stadienspezifische Motivierung nach TTM, Feedback des Gesundheitsstatus und der Schadstoffbelastung des Fö-	<i>Feedback-Interventionen nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p><i>Tabakgebrauchs erhält</i> Besondere Zielgruppe: Schwangere</p>						<p>tus, Verstärkung und Belohnung) können angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 155 (Hervorhebung durch Autorin)</p>	
Rückfallprävention							
<p>Rückfallpräventionsprogramme</p> <p><i>Jede Intervention am Arbeitsplatz mit dem Ziel der Aufgabe des Tabakgebrauchs, hier: Rückfallpräventionsprogramme</i> Besondere Zielgruppe/ besonderes Setting: Arbeiter / Angestellte, Arbeitsplatz</p>	07	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Gegeben	<p>Zwei Studien, N = 484</p>	<p>Im Abstract nicht erwähnt, Plain language summary: This review found that the following do not help people to stop smoking when delivered in the workplace: self-help methods, support from friends, family and workmates, relapse prevention programmes, environmental cues, or comprehensive programmes aimed at changing several high-risk behaviours.</p> <p>(Hervorhebung durch Autorin)</p>	<p>Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten. Empfehlenswert sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Motivationsstärkung • Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe • Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit • alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement (!)). 	<p><i>Rückfallpräventionsprogramme nicht untersucht</i></p>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
						Empfehlungsgrad: B+ (KKP) LoE: - / 94% S. 77 – 78 (Hervorhebung durch Aurotin; Empfehlung auf Gesundheitsversorgung bezogen, Interventionen am Arbeitsplatz nicht untersucht)	
Pharmakologische Interventionen: Nikotinersatztherapie							
NRT Vergleiche von NRT (z. B. Kaugummi, Pflaster, Spray, Inhalator, Tabletten) mit Placebo oder anderer Kontrolle ²⁷⁹ „MIC-getestet“: vier Studien, Thailand, Venezuela, Brasilien, Südafrika (Areechon 1988, Herrera 1995, Otero 2006, Schuurmans 2004 ²⁸⁰)	57	Soll angeboten werden Empfehlungsgrad: A+	Gegeben	117 Studien, N > 50.000	All of the commercially available forms of NRT (gum, transdermal patch, nasal spray, inhaler and sublingual tablets/lozenges) can help people who make a quit attempt to increase their chances of successfully stopping smoking. NRTs increase the rate of quitting by 50 to 70%, regardless of setting. The effectiveness of NRT appears to be largely independent of the intensity of additional support provided to the individual. Provision of more intense levels of support, although beneficial in facilitating the likelihood of quitting, is not essential to the success of NRT.	Der Einsatz der Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotinlutschtablette, Nikotinnasalspray, Nikotinmundspray und Nikotinpflaster) soll angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 93% ²⁸¹ S. 96	NRT nicht untersucht
NRT Jede Intervention mit Beginn	44	Soll angeboten werden	Gegeben	Sechs Studien, N = 2.678 (eigene)	[...] This update found that adding NRT to intensive counselling significantly increases cessation rates over	Empfehlung allgemein, ohne Bezug zu NRT: Rauchenden Patienten,	NRT nicht untersucht

²⁷⁹ „Declarations of interest: Chris Bullen was involved in a trial on pre-cessation use of NRT (Bullen 2010) and David Mant was involved in a trial of transdermal nicotine (ICRF 1994). Chris Silagy, an original author, received funds for consultancy work undertaken (at various times) on behalf of Pharmacia and Upjohn, Marion Merrell Dow, Glaxo Wellcome and SmithKline Beecham.“ (Review-Nr. 57: 263).

²⁸⁰ Hinweise auf Industriefinanzierung einiger der Studien (Areechon 1988, Schurmaans 2004) im Review (50, 155).

²⁸¹ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 101)*

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
während eines Krankenhausaufenthaltes und dem Ziel die Motivation zur Aufgabe des Tabakkonsums zu steigern, eine Raucherentwöhnung zu begleiten oder einen Rückfall zu vermeiden, hier: NRT Besondere Zielgruppe: Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes		Empfehlungsgrad: A+		Berechnung)	counselling alone. [...]	die wegen einer Tabakassoziierten Erkrankung im Krankenhaus sind, soll eine Rauchstoppempfehlung gegeben und eine Tabakentwöhnung angeboten bzw. vermittelt werden. Die Tabakentwöhnung soll im Krankenhaus beginnen und unterstützenden Kontakt über mindestens einen Monat beinhalten. Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 97% S. 190	
NRT Interventionen zur Reduzierung der Rauch-Menge oder zur Reduzierung des Schadens durch Rauchen, hier: NRT Veränderung der Rauch-Menge (Cigarettes Per Day, CPD-Reduzierung)	53	Sollte angeboten werden Empfehlungsgrad: B+	Gegeben	Neun Studien, N = 3.814	There is insufficient evidence about long-term benefit to support the use of interventions intended to help smokers reduce but not quit smoked tobacco use. Some people who do not wish to quit can be helped to cut down the number of cigarettes smoked and reduce their CO levels by using nicotine gum or nicotine inhaler. Because the long-term health benefit of a reduction in smoking rate is unclear, but is likely to be small, this application of NRT is more appropriately used as a precursor to quitting.	Rauchern, die ihren Tabakkonsum nicht aufgeben können oder reduzieren wollen, sollten Hilfestellungen zur Reduktion des Tabakkonsums (NET , Beratung, Verhaltenstherapie) angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 91% S. 64 – 65 (Hervorhebung durch Autorin)	NRT nicht untersucht
NRT (oral) Interventionen zur Vermeidung von Rückfällen, hier: NRT Besondere Zielgruppe: Abstinenz-	28	Sollte angeboten werden Empfehlungsgrad: B+	Gegeben	Zwei Studien, N = 2.262 ("unaided abstainers", eigene Be-	[...] Studies of extended treatment with nicotine replacement are needed.	Die Nikotinersatztherapie kann zur Rückfallprophylaxe angeboten werden. Empfehlungsgrad: 0+	NRT nicht untersucht

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
ler ohne Hilfe („short-term abstainers“), präventive Intervention				<i>rechnung</i>)		LoE: 4 (aus systematischer Recherche) / 76% S. 97	
NRT (oral) <i>Interventionen zur Vermeidung von Rückfällen, hier: NRT</i> Abstinenzler mit Hilfe, präventive Intervention	28	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Zwei Studien, N = 694 (<i>“assisted abstainers“, eigene Berechnung</i>)	[...] Studies of extended treatment with nicotine replacement are needed.	Die Nikotinersatztherapie kann zur Rückfallprophylaxe angeboten werden. Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 4 (aus systematischer Recherche) / 76% S. 97	<i>NRT nicht untersucht</i>
NRT <i>Medikamentöse Behandlung zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakkonsums, hier: NRT</i> Besondere Zielgruppe: Schwangere	22	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Vier Studien, N = 1.524 (<i>eigene Berechnung</i>)	Nicotine replacement therapy is the only pharmacotherapy for smoking cessation that has been tested in RCTs conducted in pregnancy. There is insufficient evidence to determine whether or not NRT is effective or safe when used to promote smoking cessation in pregnancy or to determine whether or not using NRT has positive or negative impacts on birth outcomes. Further research evidence of efficacy and safety is needed, ideally from placebo-controlled RCTs that investigate higher doses of NRT than were tested in the included studies.	Aufgrund des Nachweises reduzierter Wirksamkeit bei gleichzeitig erhöhtem Risiko unerwünschter Wirkungen sollten Arzneimittel zur Tabakentwöhnung bei Schwangeren nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B- In begründeten Ausnahmefällen kann unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung das Angebot von Nikotinplustern, -inhalern, -tabletten oder -kaugummis erwogen werden. Empfehlungsgrad: 0+ (KKP) LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / - / 96%	<i>NRT nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
						S. 153 – 154	
NRT <i>Interventionen ohne Stimmungsmanagement-Komponenten zur Behandlung von Depression, hier: NRT</i> Besondere Zielgruppe: Raucher mit akuter oder vergangener Depression	63	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Eine Studie, N = 196 („current depression“) / Drei Studien, N = 432 („past depression“)	[...] There was also not enough evidence to evaluate the group of trials that investigated interventions without specific mood management components for depression, including NRT and psychosocial interventions.	Rauchenden depressiven Patienten oder Patienten mit einer Depression in der Vorgeschichte soll eine Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) 97% S. 210	<i>NRT nicht untersucht</i>
NRT <i>Interventionen mit dem Ziel, jungen Menschen bei der Aufgabe des Tabakgebrauchs zu helfen, hier: NRT</i> Besondere Zielgruppe: junge Menschen	47	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie, N = 120	[...] There were few trials with evidence about pharmacological interventions (nicotine replacement and bupropion), and none demonstrated effectiveness for adolescent smokers. [...]	Nikotinpflaster können Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen, wenn andere empfohlene Interventionen nicht zum Erfolg geführt haben, im Rahmen der Tabakentzugstherapie unter gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung als Off-Label-Verschreibung (vgl. Anhang 1) angeboten werden. Andere Applikationsformen der Nikotinersatztherapie sollen in dieser Altersgruppe nicht eingesetzt werden. Empfehlungsgrad: 0+ (KKP) LoE: - / 96% S. 150	<i>NRT nicht untersucht</i>
NRT <i>Pharmakologische oder verbal-</i>	25	Sollte nicht angeboten werden	Gegeben	Acht Studien, N = 1.797 (eigene Be-	Im Abstract nicht erwähnt, Plain language summary: Nicotine replacement therapy (patches or gum), and bupropion	Die Nikotinersatztherapie sollte zur Entwöhnung von rauchlosen Tabakproduk-	<i>NRT nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<i>tensbasierte Interventionen, hier: NRT</i> Besondere Zielgruppe: Nutzer von ST		Empfehlungsgrad: B-		<i>rechnung</i>)	have not been shown to help people to stop using smokeless tobacco (ST). (Hervorhebung durch Autorin)	ten nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B- LoE: 4 (aus systematischer Recherche) / 88% S. 97	
NRT Gesamturteil aus Overview of Reviews: "Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis"	12	NRT , bupropion, varenicline and cytosine have been shown to improve the chances of quitting. Combination NRT and varenicline are equally effective as quitting aids. Nortriptyline also improves the chances of quitting. On current evidence, none of the treatments appear to have an incidence of adverse events that would mitigate their use. Further research is warranted into the safety of varenicline and into cytosine's potential as an effective and affordable treatment, but not into the efficacy and safety of NRT . (Abstract, Author's conclusions) Empfehlungsgrad: A+ (Hervorhebung durch Autorin)				Der Einsatz der Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotinhaler, Nikotinlutschtablette, Nikotinnasalspray, Nikotinmundspray und Nikotinpflaster) soll angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 93% ²⁸² S. 96	<i>NRT nicht untersucht</i>
Pharmakologische Interventionen: Bupropion							
Bupropion <i>Behandlung mit jeder Form der Medikation mit antidepressiver Wirkung zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs, Prävention von Rückfällen oder Reduktion der gerauchten Zigaretten, hier: Bupropion</i> „MIC-getestet“: zwei Studien, Brasilien, Türkei (Haggström 2006, Uyar 2007)	31	Soll angeboten werden Empfehlungsgrad: A+	Gegeben	44 Studien, N = 13.728	The antidepressants bupropion and nortriptyline aid long-term smoking cessation. Adverse events with either medication appear to rarely be serious or lead to stopping medication. Evidence suggests that the mode of action of bupropion and nortriptyline is independent of their antidepressant effect and that they are of similar efficacy to nicotine replacement. Evidence also suggests that bupropion is less effective than varenicline, but further research is needed to confirm this finding. Evidence suggests that neither selective serotonin	Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie nicht ausreichend wirksam war, soll Bupropion als pharmakologische Monotherapie zur Tabakentwöhnung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden.	<i>Bupropion nicht untersucht</i>

²⁸² „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 101)*

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
					reuptake inhibitors (e.g. fluoxetine) nor monoamine oxidase inhibitors aid cessation.	Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systemati- scher Recherche) / 89% ²⁸³ S. 97 – 98	
Bupropion <i>Pharmakologische und nicht pharmakologische Interventionen (alleine oder in Kombination) zur Aufgabe oder Reduktion des Tabakkonsums, hier: Bupropion</i> Besondere Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind	61	Sollte angeboten werden Empfehlungs- grad: B+	Gegeben	Fünf Studien, N = 214	Bupropion increases smoking abstinence rates in smokers with schizophrenia, without jeopardizing their mental state. [...]	Rauchenden Patienten mit einer stabilen Schizophre- nie sollte Bupropion oder Vareniclin unter Beach- tung von und nach Aufklä- rung über mögliche Risi- ken (s. Kap. 4.4.5.2 und 4.4.5.3) angeboten wer- den. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systemati- scher Recherche) / 97% ²⁸⁴ S. 210	<i>Bupropion nicht untersucht</i>
Bupropion <i>Interventionen mit Stimmungsma- nagement, hier: medikamentös (Antidepressiva), Bupropion</i> Besondere Zielgruppe: Raucher mit vergangener Depression	63	Sollte angeboten werden Empfehlungs- grad: B+	Gegeben	Vier Studien, N = 404 („past depression“)	Pooled results from four trials suggest that use of bupropion may increase long-term cessation in smokers with past depression.	Rauchenden depressiven Patienten oder Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte sollte Bupropion oder Vareniclin unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken (s. Kap. 4.4.5.2 und 4.4.5.3) ange- boten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systemati- scher Recherche) / 97% ²⁸⁵ S. 209	<i>Bupropion nicht untersucht</i>

²⁸³ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 101)*

²⁸⁴ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 211)*

²⁸⁵ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 210)*

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
Bupropion <i>Interventionen mit Stimmungsmanagement, hier: medikamentös (Antidepressiva), Bupropion</i> Besondere Zielgruppe: Raucher mit akuter Depression	63	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Fünf Studien, N = 410 („current depression“)	There was no evidence found for the use of bupropion in smokers with current depression.	Rauchenden depressiven Patienten oder Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte sollte Bupropion oder Vareniclin unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken (s. Kap. 4.4.5.2 und 4.4.5.3) angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 97% ²⁸⁶ S. 209	<i>Bupropion nicht untersucht</i>
Bupropion <i>Interventionen mit dem Ziel, jungen Menschen bei der Aufgabe des Tabakgebrauchs zu helfen, hier: Bupropion</i> Besondere Zielgruppe: junge Menschen	47	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben	Zwei Studien, N = 523 (eigene Berechnung)	[...] There were few trials with evidence about pharmacological interventions (nicotine replacement and bupropion), and none demonstrated effectiveness for adolescent smokers. [...]	Weitere Arzneimittel zur Tabakentzugsbehandlung (z.B. Bupropion, Vareniclin; s. Kap. 4.4 Pharmakologische Ansätze der Tabakentzugstherapie) sollen Jugendlichen nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: A- LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% S. 150	<i>Bupropion nicht untersucht</i>
Bupropion <i>Interventionen zur Reduzierung der Rauch-Menge oder zur Reduzierung des Schadens durch Rauchen, hier: Bupropion</i> Besonderes Outcome: Verände-	53	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie, N = 594	There is insufficient evidence about long-term benefit to support the use of interventions intended to help smokers reduce but not quit smoked tobacco use. Some people who do not wish to quit can be helped to cut down the number of cigarettes smoked and reduce their	<i>Bupropion als Mittel zur Reduzierung der Rauch-Menge oder des Schadens durch Rauchen nicht untersucht</i>	<i>Bupropion nicht untersucht</i>

²⁸⁶ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 210)*

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
<p>zung der Rauch-Menge (Cigarettes Per Day, CPD-Reduzierung)</p>					CO levels by using nicotine gum or nicotine inhaler. Because the long-term health benefit of a reduction in smoking rate is unclear, but is likely to be small, this application of NRT is more appropriately used as a precursor to quitting.		
<p>Bupropion (in Verbindung mit intensiver Beratung)</p> <p><i>Jede Intervention mit Beginn während eines Krankenhausaufenthaltes und dem Ziel die Motivation zur Aufgabe des Tabakkonsums zu steigern, eine Raucherentwöhnung zu begleiten oder einen Rückfall zu vermeiden, hier: Bupropion</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes</p>	44	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Gegeben	Drei Studien, N = 490 (<i>eigene Berechnung</i>)	<p>[...] There is insufficient direct evidence to conclude that adding bupropion or varenicline to intensive counselling increases cessation rates over what is achieved by counselling alone.</p>	<p><i>Empfehlung allgemein, ohne Bezug zu Bupropion:</i> Rauchenden Patienten, die wegen einer Tabakassoziierten Erkrankung im Krankenhaus sind, soll eine Rauchstoppempfehlung gegeben und eine Tabakentwöhnung angeboten bzw. vermittelt werden. Die Tabakentwöhnung soll im Krankenhaus beginnen und unterstützenden Kontakt über mindestens einen Monat beinhalten.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) 97% S. 190</p>	<i>Bupropion nicht untersucht</i>
<p>Bupropion</p> <p><i>Interventionen zur Vermeidung von Rückfällen, hier: Bupropion</i></p> <p>Präventive Intervention</p>	28	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Gegeben	Sechs Studien, N = 1.771 (<i>eigene Berechnung</i>)	<p>[...] Extended treatment with bupropion is unlikely to have a clinically important effect. [...]</p>	<p>Wird eine Fortsetzung der laufenden medikamentösen Behandlung zur Rückfallprophylaxe erwogen, kann Nikotinersatz für 16 bis 24 Wochen, Vareniclin für 24 Wochen oder Bupropion für 16 bis 45 Wochen angeboten werden.</p>	<i>Bupropion nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
						Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 1b (aus systematischer Recherche) / 91% S. 100 (Hervorhebung durch Autorin)	
Bupropion <i>Pharmakologische oder verhaltensbasierte Interventionen, hier: Bupropion</i> Besondere Zielgruppe: Nutzer von ST	25	Sollte nicht angeboten werden Empfehlungsgrad: B-	Gegeben	Zwei Studien, N = 293 (eigene Berechnung)	Im Abstract nicht erwähnt, Plain language summary: Nicotine replacement therapy (patches or gum), and bupropion have not been shown to help people to stop using smokeless tobacco (ST). (Hervorhebung durch Autorin)	<i>Bupropion in Bezug auf ST-Gebrauch nicht untersucht</i>	<i>Bupropion nicht untersucht</i>
Bupropion Gesamturteil aus Overview of Reviews: "Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis"	12	NRT, bupropion , varenicline and cytisine have been shown to improve the chances of quitting. Combination NRT and varenicline are equally effective as quitting aids. Nortriptyline also improves the chances of quitting. On current evidence, none of the treatments appear to have an incidence of adverse events that would mitigate their use. Further research is warranted into the safety of varenicline and into cytisine's potential as an effective and affordable treatment, but not into the efficacy and safety of NRT. (Abstract, Author's conclusions) Empfehlungsgrad: A+ (Hervorhebung durch Autorin)				Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie nicht ausreichend wirksam war, soll Bupropion als pharmakologische Monotherapie zur Tabakentwöhnung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 89% ²⁸⁷ S. 97 – 98	<i>Bupropion nicht untersucht</i>
Pharmakologische Interventionen: weitere Antidepressiva							
Nortriptylin	31	Soll angeboten werden	Gegeben	Sechs Studien, N = 975	The antidepressants bupropion and nortriptyline aid long-term smoking	Nortriptylin kann zur Tabakentwöhnung unter	<i>Nortriptylin nicht untersucht</i>

²⁸⁷ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 101)*

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p>Behandlung mit jeder Form der Medikation mit antidepressiver Wirkung zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs, Prävention von Rückfällen oder Reduktion der gerauchten Zigaretten, hier: Nortriptylin</p> <p>„MIC-getestet“: zwei Studien, Brasilien (Da Costa 2002 und Haggsträm 2006)</p>		Empfehlungsgrad: A+			<p>cessation. Adverse events with either medication appear to rarely be serious or lead to stopping medication. Evidence suggests that the mode of action of bupropion and nortriptyline is independent of their antidepressant effect and that they are of similar efficacy to nicotine replacement. [...]</p>	<p>Beachtung möglicher Risiken angeboten werden, wenn zugelassene Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Nortriptylin ist jedoch für diese Indikation in Deutschland nicht zugelassen (vgl. Anhang, Kriterien für Off-Label Use).</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 82% S. 98</p>	
<p>Nortriptylin</p> <p>Gesamturteil aus Overview of Reviews: “Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis”</p>	12	<p>NRT, bupropion, varenicline and cytosine have been shown to improve the chances of quitting. Combination NRT and varenicline are equally effective as quitting aids. Nortriptyline also improves the chances of quitting. On current evidence, none of the treatments appear to have an incidence of adverse events that would mitigate their use.</p> <p>Further research is warranted into the safety of varenicline and into cytosine’s potential as an effective and affordable treatment, but not into the efficacy and safety of NRT. (Abstract, Author’s conclusions)</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ (Hervorhebung durch Autorin)</p>			<p>Nortriptylin kann zur Tabakentwöhnung unter Beachtung möglicher Risiken angeboten werden, wenn zugelassene Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Nortriptylin ist jedoch für diese Indikation in Deutschland nicht zugelassen (vgl. Anhang, Kriterien für Off-Label Use).</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 82% S. 98</p>	Nortriptylin nicht untersucht	
<p>Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer</p> <p>Behandlung mit jeder Form der Medikation mit antidepressiver Wirkung zur Unterstützung der</p>	31	Sollte nicht angeboten werden Empfehlungsgrad: B-	Gegeben	Vier Studien, N = 1.594	[...] Evidence suggests that neither selective serotonin reuptake inhibitors (e.g. fluoxetine) nor monoamine oxidase inhibitors aid cessation.	<p>Andere Antidepressiva sollen zur Tabakentwöhnung nicht angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A-</p>	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer nicht untersucht

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<i>Aufgabe des Tabakgebrauchs, Prävention von Rückfällen oder Reduktion der gerauchten Zigaretten, hier: selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer</i>						LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 82% S. 98	
Monoaminoxidasehemmer <i>Behandlung mit jeder Form der Medikation mit antidepressiver Wirkung zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs, Prävention von Rückfällen oder Reduktion der gerauchten Zigaretten, hier: Monoaminoxidasehemmer</i>	31	Sollte nicht angeboten werden Empfehlungsgrad: B-	Gegeben	Sechs Studien, N = 827	[...] Evidence suggests that neither selective serotonin reuptake inhibitors (e.g. fluoxetine) nor monoamine oxidase inhibitors aid cessation.	Andere Antidepressiva sollen zur Tabakentwöhnung nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: A- LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 82% S. 98	<i>Monoaminoxidasehemmer nicht untersucht</i>
Pharmakologische Interventionen: Vareniclin							
Vareniclin <i>Selektive partielle Nikotinrezeptoragonisten und andere Medikamente dieser Klasse in Versuchsphase drei, hier: Vareniclin</i> „MIC-getestet“: zwei Multicenter-Studien mit mehrheitlich LMIC (Wang 2009, Bolliger 2011 ²⁸⁸)	11	Soll angeboten werden Empfehlungsgrad: A+	Gegeben	14 Studien, N = 6.166	[...] Varenicline at standard dose increased the chances of successful long-term smoking cessation between two- and threefold compared with pharmacologically unassisted quit attempts. Lower dose regimens also conferred benefits for cessation, while reducing the incidence of adverse events. More participants quit successfully with varenicline than with bupropion. Two open-label trials of varenicline versus NRT suggested a modest benefit of varenicline but confidence intervals did not rule out equivalence. Limited evidence suggests that varenicline may have a role to play in relapse prevention.	Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie nicht ausreichend wirksam war, soll Vareniclin zur Tabakentwöhnung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden. Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 84% ²⁸⁹ S. 98 – 99	<i>Vareniclin nicht untersucht</i>

²⁸⁸ Beide Studien wurden von der Industrie (Pfizer) finanziert und durchgeführt („managed“). Bei den Interessenkonflikten (Declarations of interest) des Reviews heißt es dazu: „None of the authors has any potential conflict of interest to report. Robert West, who is an editor for the Tobacco Addiction Group, ruled himself out of participating in the editorial process for this review, as he is a member of the varenicline advisory board for Pfizer Inc.“ (Review-Nr. 11: 118)

²⁸⁹ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 101)*

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
					The main adverse effect of varenicline is nausea, but mostly at mild to moderate levels and tending to subside over time. Possible links with serious adverse events, including serious psychiatric or cardiovascular events, cannot be ruled out. [...]		
Vareniclin <i>Jede präoperative Intervention zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs bei Patienten vor einer OP, hier: Vareniclin</i> Besondere Zielgruppe: Patienten vor einer OP	60	Soll angeboten werden Empfehlungsgrad: A+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie, N = 286	[...] One trial of varenicline begun shortly before surgery has shown a benefit on long term cessation but did not detect an effect on early abstinence or on postoperative complications. [...]	Rauchenden Patienten, bei denen eine Operation geplant wird, sollte eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser Komponente angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1b (aus systematischer Recherche) / 95% S. 190 – 191 (In Bezug auf Art der Medikation nicht spezifiziert)	<i>Vareniclin nicht untersucht</i>
Vareniclin <i>Interventionen zur Vermeidung von Rückfällen, hier: Vareniclin</i> Präventive Intervention	28	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie, N = 1.210	[...] Extended treatment with varenicline may prevent relapse. [...]	Wird eine Fortsetzung der laufenden medikamentösen Behandlung zur Rückfallprophylaxe erwogen, kann Nikotinersatz für 16 bis 24 Wochen, Vareniclin für 24 Wochen oder Bupropion für 16 bis 45 Wochen angeboten werden. Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 1b (aus systematischer Recherche) / 91% S. 100 (Hervorhebung durch	<i>Vareniclin nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
						<i>Autorin</i> In der Untersuchung der Effekte von Vareniclin bezüglich einer langfristigen Rezidivprophylaxe wurden kurz- und mittelfristig positive Resultate für eine mindestens 12-wöchige Fortsetzung der Therapie mit Vareniclin beschrieben. (S. 111)	
Vareniclin <i>Pharmakologische oder verhaltensbasierte Interventionen, hier: Vareniclin</i> Besondere Zielgruppe: Nutzer von ST	25	Sollte angeboten werden Empfehlungsgrad: B+	Nicht gegeben <i>(da nur eine Studie)</i>	Eine Studie, N = 431	Varenicline and behavioural interventions may help ST users to quit. [...]	<i>Vareniclin in Bezug auf Nutzer von ST nicht untersucht</i>	<i>Vareniclin nicht untersucht</i>
Vareniclin <i>Pharmakologische und nicht pharmakologische Interventionen (alleine oder in Kombination) zur Aufgabe oder Reduktion des Tabakkonsums, hier: Vareniclin</i> Besondere Zielgruppe: Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind	61	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben <i>(da nur eine Studie)</i>	Eine Studie, N = 128	[...] Varenicline may also improve smoking cessation rates in schizophrenia, but its possible psychiatric adverse effects cannot be ruled out. [...]	Rauchenden Patienten mit einer stabilen Schizophrenie sollte Bupropion oder Vareniclin unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken (s. Kap. 4.4.5.2 und 4.4.5.3) angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 97% ²⁹⁰ S. 210	<i>Vareniclin nicht untersucht</i>
Vareniclin (in Verbindung mit intensiver Beratung)	44	Kann angeboten werden	Gegeben	Zwei Studien, N = 471 (<i>eigene Berechnung</i>)	[...] There is insufficient direct evidence to conclude that adding bupropion or varenicline to inten-	<i>Empfehlung allgemein, ohne Bezug zu Vareniclin:</i> Rauchenden Patienten,	<i>Vareniclin nicht untersucht</i>

²⁹⁰ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 211)*

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p>Jede Intervention mit Beginn während eines Krankenhausaufenthaltes und dem Ziel die Motivation zur Aufgabe des Tabakkonsums zu steigern, eine Raucherentwöhnung zu begleiten oder einen Rückfall zu vermeiden, hier: Vareniclin</p> <p>Besondere Zielgruppe: Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes</p>		Empfehlungsgrad: 0+		nung)	sive counselling increases cessation rates over what is achieved by counselling alone.	<p>die wegen einer Tabakassoziierten Erkrankung im Krankenhaus sind, soll eine Rauchstoppempfehlung gegeben und eine Tabakentwöhnung angeboten bzw. vermittelt werden. Die Tabakentwöhnung soll im Krankenhaus beginnen und unterstützenden Kontakt über mindestens einen Monat beinhalten.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 97% S. 190</p>	
<p>Vareniclin</p> <p>Gesamturteil aus Overview of Reviews: "Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis"</p>	12	<p>NRT, bupropion, varenicline and cytisine have been shown to improve the chances of quitting. Combination NRT and varenicline are equally effective as quitting aids. Nortriptyline also improves the chances of quitting. On current evidence, none of the treatments appear to have an incidence of adverse events that would mitigate their use.</p> <p>Further research is warranted into the safety of varenicline and into cytisine's potential as an effective and affordable treatment, but not into the efficacy and safety of NRT. (Abstract, Author's conclusions)</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ (Hervorhebung durch Autorin)</p>			<p>sive counselling increases cessation rates over what is achieved by counselling alone.</p>	<p>Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie nicht ausreichend wirksam war, soll Vareniclin zur Tabakentwöhnung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 84%²⁹¹ S. 98 – 99</p>	Vareniclin nicht untersucht

²⁹¹ „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stimmt dieser Empfehlung nicht zu.“ (Fußnote: AWMF 2015a: 101)*

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
Pharmakologische Interventionen: weitere partielle Nikotinrezeptoragonisten							
Cytisin <i>Selektive partielle Nikotinrezeptoragonisten und andere Medikamente dieser Klasse in Versuchsphase drei, hier: Cytisin</i> „MIC-getestet“: eine Studie, Kirgisische Republik (Vinnikov 2008 ²⁹²)	11	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Zwei Studien, N = 937	Cytisine increases the chances of quitting, although absolute quit rates were modest in two recent trials. [...] Future trials of cytisine may test extended regimens and more intensive behavioural support. [...]	Cytisin kann angeboten werden. Es ist in Deutschland jedoch nicht zugelassen (vgl. Anhang, Kriterien für Off-Label Use). Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 87% S. 99	<i>Cytisin nicht untersucht</i>
Cytisin <i>Gesamturteil aus Overview of Reviews: "Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis"</i>	12	NRT, bupropion, varenicline and cytisine have been shown to improve the chances of quitting. Combination NRT and varenicline are equally effective as quitting aids. Nortriptyline also improves the chances of quitting. On current evidence, none of the treatments appear to have an incidence of adverse events that would mitigate their use. Further research is warranted into the safety of varenicline and into cytisine's potential as an effective and affordable treatment, but not into the efficacy and safety of NRT. (Abstract, Author's conclusions) Empfehlungsgrad: A+ (Hervorhebung durch Autorin)				Cytisin kann angeboten werden. Es ist in Deutschland jedoch nicht zugelassen (vgl. Anhang, Kriterien für Off-Label Use). Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 87% S. 99	<i>Cytisin nicht untersucht</i>
Dianiclin <i>Selektive partielle Nikotinrezeptoragonisten und andere Medikamente dieser Klasse in Versuchsphase drei, hier: Dianiclin</i>	11	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie, N = 602	Im Abstract nicht erwähnt, Plain language summary: A single trial of dianicline did not detect any benefit over placebo in helping smokers to quit. This drug is no longer being developed.	Andere partielle Nikotinrezeptoragonisten sollten nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B- LoE: 4 (aus systematischer Recherche) / 93% S. 99	<i>Dianiclin nicht untersucht</i>
Lobelin <i>Behandlung mit jeder Form von Lobelin</i>	50	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	There is no evidence available from long term trials that lobeline can aid smoking cessation, and the short-term evidence suggests there is no	Andere partielle Nikotinrezeptoragonisten sollten nicht angeboten werden.	<i>Lobelin nicht untersucht</i>

²⁹² Das Setting ist hier eine Bergbaufirma (Arbeitsplatz-Setting: Review-Nr. 11: 27)

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
					benefit.	Empfehlungsgrad: B- LoE: 4 (aus systematischer Recherche) / 93% S. 99	
Pharmakologische Interventionen: Clonidin							
Clonidin <i>Behandlung mit Clonidin (oral oder transdermal), Maximaldosis: täglich 0.2mg, bei 5/6 Studien in Kombination mit verhaltensbasierter Beratung</i>	26	Sollte angeboten werden Empfehlungsgrad: B+	Gegeben	Sechs Studien, N = 832 <i>(eigene Berechnung)</i>	Based on a small number of trials, in which there are potential sources of bias, clonidine is effective in promoting smoking cessation. Prominent side-effects limit the usefulness of clonidine for smoking cessation.	Ein Therapieversuch mit Clonidin kann zur Tabakentzugsbehandlung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden, wenn leitliniengerechte Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Clonidin ist jedoch für diese Indikation in Deutschland nicht zugelassen (vgl. Anhang, Kriterien für Off-Label Use). Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 88% S. 99	<i>Clonidin nicht untersucht</i>
Clonidin <i>Gesamturteil aus Overview of Reviews: "Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis"</i>	12	[...] Clonidine increased the chances of quitting (RR 1.63; 95% CI 1.22 to 2.18), but this was offset by a dose-dependent rise in adverse events. [...] <i>(Abstract, Main results)</i> Empfehlungsgrad: B+				Ein Therapieversuch mit Clonidin kann zur Tabakentzugsbehandlung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden, wenn leitliniengerechte Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Clonidin ist jedoch für diese Indikation in Deutschland nicht zugelassen (vgl. Anhang, Krite-	<i>Clonidin nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						rien für Off-Label Use). Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 3a (aus systemati- scher Recherche) / 88% S. 99	
Pharmakologische Interventionen: Mecamylamin							
Mecamylamin <i>Behandlung mit Mecamylamin (mit / ohne NRT)</i>	37	Kann angeboten werden Empfehlungs- grad: 0+	Nicht gegeben	Zwei Studien, N = 128 (<i>eige- ne Berech- nung</i>)	Data from two small studies sug- gest that the combination of nico- tine and mecamylamine may be superior to nicotine alone in pro- moting smoking cessation. Howev- er, these results require confirma- tion in larger studies before the treatment can be recommended clinically.	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko- Verhältnisse nicht angebo- ten werden. Empfehlungsgrad: B- LoE: 3a (aus systemati- scher Recherche) / 96% S. 100 Zum gegenwärtigen Zeit- punkt sollten Medikamen- te wie Silberacetat, Gaba- pentin, CB1- Rezeptorantagonisten wie Rimonabant oder Tarana- bant (vom Markt genom- men), GW468816, Sele- gilin, Rivastigmin, Me- camylamin , Olanzapin, Naltrexon, Naloxon oder Buprenorphin aufgrund des fehlenden Wirksam- keitsnachweises oder des ungünstigen Nutzen- Risiko-Profiles nicht für die Tabakentwöhnung ver- wendet werden. (S. 110)	<i>Mecamylamin nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						(Hervorhebung durch Autorin)	
Mecamylamin <i>Gesamturteil aus Overview of Reviews: "Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis"</i>	12	[...] Mecamylamine in combination with NRT may increase the chances of quitting, but the current evidence is inconclusive. [...] (Abstract, Main results) Empfehlungsgrad: 0+				Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B- LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100 Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sollten Medikamente wie Silberacetat, Gabapentin, CB1-Rezeptorantagonisten wie Rimonabant oder Taranabant (vom Markt genommen), GW468816, Selegilin, Rivastigmin, Mecamylamin , Olanzapin, Naltrexon, Naloxon oder Buprenorphin aufgrund des fehlenden Wirksamkeitsnachweises oder des ungünstigen Nutzen-Risiko-Profils nicht für die Tabakentwöhnung verwendet werden. (S. 110) (Hervorhebung durch Autorin)	<i>Mecamylamin nicht untersucht</i>
Pharmakologische Interventionen: alle anderen Medikamente							
Buspiron	32	Kann angeboten werden	Gegeben	Zwei Studien, N = 201 (eige-	There is no consistent evidence that anxiolytics aid smoking cessation, but the available evidence	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender	<i>Buspiron nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
Behandlung mit jedem Medikament mit Angst lösenden Eigenschaften (nicht: Clonidin, eigener Review), hier: Buspiron		Empfehlungsgrad: 0+		ne Berechnung)	does not rule out a possible effect.	Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B-LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100	
Diazepam Behandlung mit jedem Medikament mit Angst lösenden Eigenschaften (nicht: Clonidin, eigener Review), hier: Diazepam „MIC-getestet“: die eine Studie ist aus China (Hao 1988)	32	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie, N = 118	There is no consistent evidence that anxiolytics aid smoking cessation, but the available evidence does not rule out a possible effect.	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B-LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100	Diazepam nicht untersucht
Meprobamat Behandlung mit jedem Medikament mit Angst lösenden Eigenschaften (nicht: Clonidin, eigener Review), hier: Meprobamat	32	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie, N = 324	There is no consistent evidence that anxiolytics aid smoking cessation, but the available evidence does not rule out a possible effect.	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B-LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100	Meprobamat nicht untersucht
Metoprolol Behandlung mit jedem Medika-	32	Kann angeboten werden	Nicht gegeben (da nur	Eine Studie, N = 277	There is no consistent evidence that anxiolytics aid smoking cessation, but the available evidence does not rule out a possible effect.	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise	Metoprolol nicht untersucht

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<i>ment mit Angst lösenden Eigenschaften (nicht: Clonidin, eigener Review), hier: Metoprolol</i>		Empfehlungsgrad: 0+	eine Studie)			und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B-LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100	
Oxprenolol <i>Behandlung mit jedem Medikament mit Angst lösenden Eigenschaften (nicht: Clonidin, eigener Review), hier: Oxprenolol</i>	32	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Studie)	Eine Studie, N = 101	There is no consistent evidence that anxiolytics aid smoking cessation, but the available evidence does not rule out a possible effect.	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B-LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100	<i>Oxprenolol nicht untersucht</i>
Naltrexon <i>Opioidantagonisten mit und ohne NRT, hier: Naltrexon</i> „MIC-getestet“: eine Studie, Brasilien (Baltieri 2009)	24	Sollte nicht angeboten werden Empfehlungsgrad: B-	Gegeben	Acht Studien, N = 1.213	Based on data from eight trials and over 1200 individuals, there was no evidence of an effect of naltrexone alone or as an adjunct to NRT on long-term smoking abstinence, with a point estimate strongly suggesting no effect and confidence intervals that make a clinically important effect of treatment unlikely. Although further trials might narrow the confidence intervals they are unlikely to be a good use of resources.	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B-LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100	<i>Naltrexon nicht untersucht</i>
Rimonabant <i>Selektive Cannabinoid Typ 1 Rezeptor Antagonisten und ande-</i>	13	Sollte angeboten werden Empfehlungs-	Gegeben	Zwei Studien, N = 1.567 (eigene Berechnung)	From the trial reports available, rimonabant 20 mg may increase the chances of quitting approximately 1½-fold. The evidence for rimonabant in maintaining absti-	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger	<i>Rimonabant nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
re Medikamente dieser Klasse in der zweiten oder dritten Versuchsphase (alleine oder in Kombination mit verhaltensbasierten Therapien oder anderen Medikamenten), hier: Rimonabant		grad: B+			nence is inconclusive. [...]	<p>Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B- LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100</p> <p>Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sollten Medikamente wie Silberacetat, Gabapentin, CB1-Rezeptorantagonisten wie Rimonabant oder Taranabant (vom Markt genommen), GW468816, Selegilin, Rivastigmin, Mecamylamin, Olanzapin, Naltrexon, Naloxon oder Buprenorphin aufgrund des fehlenden Wirksamkeitsnachweises oder des ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles nicht für die Tabakentwöhnung verwendet werden. (S. 110) (Hervorhebung durch <i>Autorin</i>)</p>	
<p>Nikotin-Impfung</p> <p><i>Nikotin-Impfungen als Teil von Interventionen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs oder zur Vermeidung von Rückfällen (Versuchsphasen zwei und drei und mehr)</i></p>	29	<p>Kann angeboten werden</p> <p>Empfehlungsgrad: 0+</p>	Nicht gegeben	Vier Studien, N = 2.642	<p>There is currently no evidence that nicotine vaccines enhance long-term smoking cessation. Rates of serious adverse events recorded in the two trials with full data available were low, and the majority of adverse events reported were at mild to moderate levels. The evidence available suggests nicotine vaccines do not induce compensatory smoking or affect withdrawal symp-</p>	<p>Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B- LoE: 3a (aus systemati-</p>	<i>Nikotin-Impfung nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
					toms. No nicotine vaccines are currently licensed for use in any country but a number are under development. Further trials of nicotine vaccines are needed, comparing vaccines with placebo for smoking cessation. Further trials are also needed to explore the potential of nicotine vaccines to prevent relapse. Results from past, current and future research should be reported in full. Adverse events and serious adverse events should continue to be carefully monitored and thoroughly reported.	scher Recherche) / 96% S. 100	
Silberazetat <i>RCTs über Silberazetat-Produkte wie Tabletten, Kaugummi und Spray</i>	35	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Zwei Studien: N = 496 (<i>eine Studie ohne Teilnehmerzahl</i>)	Existing trials show little evidence for a specific effect of silver acetate in promoting smoking cessation. The confidence intervals for the ratio are quite wide. However, the upper limit of the confidence intervals for a positive effect equates to an absolute increase in the smoking cessation rate of about 4%. Any effect of this agent is therefore likely to be smaller than nicotine replacement therapy. The lack of effect of silver acetate may reflect poor compliance with a treatment whose rationale is to create an unpleasant stimulus.	Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B-LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100 Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sollten Medikamente wie Silberacetat , Gabapentin, CB1-Rezeptorantagonisten wie Rimonabant oder Taranabant (vom Markt genommen), GW468816, Selegilin, Rivastigmin, Mecamylamin, Olanzapin, Naltrexon, Naloxon oder	<i>Silberazetat nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						Buprenorphin aufgrund des fehlenden Wirksamkeitsnachweises oder des ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles nicht für die Tabakentwöhnung verwendet werden. (S. 110) (Hervorhebung durch Autorin)	
Medikamentöse Behandlung (Pharmakotherapie allgemein) <i>Pharmakologische oder verhaltensbasierte Interventionen oder beides, hier: pharmakologisch</i> Besondere Zielgruppe/ besonderes Produkt: Nutzer von Wasserpfeifen / Wasserpfeifentabak	39	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	Epidemiological and observational evidence suggests that waterpipe use is rapidly growing in popularity worldwide. It is widely and erroneously perceived to be less lethal than other forms of tobacco use. Women, girls, and young people are more likely to take up waterpipe smoking, especially in the Eastern Mediterranean Region. More research is needed on its addictive properties, and on the associated health risks, both for users and exposed non-smokers. Evidence-based information about waterpipes' addictive and harmful properties should be developed and disseminated in order to deglamourise and denormalise its use. A clear understanding of dependence development in young waterpipe smokers should guide the development of effective cessation treatments for waterpipe smokers. Such treatments need to be tested with the help of high quality randomized trials.	<i>Pharmakotherapie in Bezug auf Wasserpfeifengebrauch nicht untersucht</i>	<i>Medikamentöse Behandlung nicht untersucht</i>
Nicobrevin <i>Behandlung mit Nicobrevin (Dauer: 28 Tage)</i>	54	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	<i>Keine Studien eingeschlossen</i>	There is no evidence available from long-term trials that Nicobrevin can aid smoking cessation.	Zu Nicobrevin, einem naturheilkundlichen Produkt aus Guaifenesin, Campher, Eucalyptusöl, Thiaminmononitrat und	<i>Nicobrevin nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						<p>Ascorbinsäure, das Craving-reduzierend, atmungs- und verdauungsverbessernd und beruhigend wirken soll, wurde durch die Cochrane Tobacco Addiction Group ein systematisches Review durchgeführt, welches jedoch keine Studien mit Langzeit-Follow-up-Daten einschließen konnte. Daher konnte es keine Evidenz für eine Wirksamkeit von Nicobrevin für die Raucherentwöhnung feststellen. [...] Zusammenfassend kann aufgrund der schwachen Evidenzlage weder für Johanniskraut oder Nicobrevin noch für andere Naturheilmittel oder homöopathische Medikamente eine Wirksamkeit im Rahmen der Behandlung von Tabakabhängigkeit als belegt gelten. Im Einklang mit den untersuchten nationalen und internationalen Quelleitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit sollten Naturheilmittel oder Homöopathika bis zum Nachweis einer Wirksamkeit in der Tabakentwöhnungsbehandlung nicht</p>	

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
						eingesetzt werden. (S. 111) Empfehlungsgrad: B-[aus Text]	
Alle übrigen pharmakologischen Interventionen Gesamturteil aus Overview of Reviews: "Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis"	12	[...] Other treatments failed to demonstrate a benefit compared with placebo. [...] (Abstract, Main results)				Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. Empfehlungsgrad: B-LoE: 3a (aus systematischer Recherche) / 96% S. 100	Alle übrigen pharmakologische Interventionen nicht untersucht
Alternative Therapien							
Akupunktur <i>Nicht-medikamentöse Stimulationsinterventionen wie Nadeleinstiche, Fingerdruck, Lasertherapie oder elektronische Stimulation von Kopfregionen durch Oberflächenelektroden, hier: Akupunktur</i>	64	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Gegeben	Drei Studien, N = 393 (Kontrolle: "waiting list / no intervention") Elf Studien, N = 1.943 (Kontrolle: „sham acupuncture“, eigene Berechnung)	Although pooled estimates suggest possible short-term effects there is no consistent, bias-free evidence that acupuncture, acupressure, or laser therapy have a sustained benefit on smoking cessation for six months or more. However, lack of evidence and methodological problems mean that no firm conclusions can be drawn. [...] Well-designed research into acupuncture, acupressure and laser stimulation is justified since these are popular interventions and safe when correctly applied, though these interventions alone are likely to be less effective than evidence-based interventions.	Akupunktur hat keinen spezifischen Effekt auf die langfristige Abstinenz. Akupunktur kann nicht empfohlen werden. Empfehlungsgrad: 0-LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 80% S. 141 – 142	Akupunktur nicht untersucht
Akupressur <i>Nicht-medikamentöse Stimulati-</i>	64	Kann angeboten werden	Nicht gegeben (da nur	Eine Studie, N = 120 („continuous acu-	Although pooled estimates suggest possible short-term effects there is no consistent, bias-free evidence that acupuncture, acupressure, or	Die derzeit aussagekräftigste Arbeit zur Effektivität von Akupunktur ist die	Akupressur nicht untersucht

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
<p>onsinterventionen wie Nadelein- stiche, Fingerdruck, Lasertherapie oder elektronische Stimulation von Kopfreionen durch Oberflä- chenelektroden, hier: Akupressur</p> <p>„MIC-getestet“: die eine Studie ist aus China (Tian 1996)</p>		Empfehlungs- grad: 0+	eine Stu- die)	pressure vs. waiting list/no intervention“)	<p>laser therapy have a sustained benefit on smoking cessation for six months or more. However, lack of evidence and methodological problems mean that no firm conclu- sions can be drawn. [...] Well- designed research into acupunc- ture, acupressure and laser stimu- lation is justified since these are popular interventions and safe when correctly applied, though these interventions alone are likely to be less effective than evidence- based interventions.</p>	<p>aktuelle Metaanalyse der Cochrane Study Group (Ia) (White et al. 2011). Diese fand unter Berück- sichtigung von 33 kontrol- lierten Studien zur Aku- punktur, Akupressur, Lasertherapie und Elekt- rostimulation keine Evi- denz für die Effektivität der genannten Methoden. (S. 142)</p> <p>Empfehlungsgrad: 0- [abgeleitet aus Empfeh- lung für Akupunktur, da vermutlich dieselbe Quel- le]</p> <p>(Hervorhebung durch Autorin)</p>	
<p>Lasertherapie</p> <p>Nicht-medikamentöse Stimulati- onsinterventionen wie Nadelein- stiche, Fingerdruck, Lasertherapie oder elektronische Stimulation von Kopfreionen durch Oberflä- chenelektroden, hier: Laserthera- pie</p>	64	Kann angeboten werden Empfehlungs- grad: 0+	Nicht gegeben	Zwei Studien, N = 742 (eige- ne Berech- nung)	<p>Although pooled estimates suggest possible short-term effects there is no consistent, bias-free evidence that acupuncture, acupressure, or laser therapy have a sustained benefit on smoking cessation for six months or more. However, lack of evidence and methodological problems mean that no firm conclu- sions can be drawn. [...] Well- designed research into acupunc- ture, acupressure and laser stimu- lation is justified since these are popular interventions and safe when correctly applied, though these interventions alone are likely to be less effective than evidence- based interventions.</p>	<p>Die derzeit aussagekräf- tigste Arbeit zur Effektivität von Akupunktur ist die aktuelle Metaanalyse der Cochrane Study Group (Ia) (White et al. 2011). Diese fand unter Berück- sichtigung von 33 kontrol- lierten Studien zur Aku- punktur, Akupressur, Lasertherapie und Elekt- rostimulation keine Evi- denz für die Effektivität der genannten Methoden. (S. 142)</p> <p>Empfehlungsgrad: 0-</p>	Lasertherapie nicht untersucht

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						[abgeleitet aus Empfeh- lung für Akupunktur, da vermutlich dieselbe Quel- le] (Hervorhebung durch Autorin)	
Elektrostimulation <i>Nicht-medikamentöse Stimulati- onsinterventionen wie Nadelein- stiche, Fingerdruck, Lasertherapie oder elektronische Stimulation von Kopfreionen durch Oberflä- chenelektroden, hier: Elektrostim- ulierung</i>	64	Sollte nicht an- geboten werden Empfehlungs- grad: B-	Gegeben	Zwei Studien, N = 405	[...] Electrostimulation is not effec- tive for smoking cessation. [...]	Die derzeit aussagekräf- tigste Arbeit zur Effektivität von Akupunktur ist die aktuelle Metaanalyse der Cochrane Study Group (Ia) (White et al. 2011). Diese fand unter Berück- sichtigung von 33 kontrol- lierten Studien zur Aku- punktur, Akupressur, Lasertherapie und Elekt- rostimulation keine Evi- denz für die Effektivität der genannten Methoden. (S. 142) Empfehlungsgrad: 0- [abgeleitet aus Empfeh- lung für Akupunktur, da vermutlich dieselbe Quel- le] (Hervorhebung durch Autorin)	<i>Elektrostimulati- on nicht unter- sucht</i>
Hypnotherapie <i>Hypnotherapie zur Unterstützung der Aufgabe des Tabakgebrauchs</i>	02	Kann angeboten werden Empfehlungs- grad: 0+	Nicht gegeben (da nur eine Stu- die)	Eine Studie, N = 60 (Kontrol- le: „no treat- ment“)	We have not shown that hypno- therapy has a greater effect on six- month quit rates than other inter- ventions or no treatment. There is not enough evidence to show whether hypnotherapy could be as effective as counselling treatment.	Die Datenlage zur Beurtei- lung der Wirksamkeit einer Hypnotherapie zur Errei- chung der Tabakabstinenz ist inkonsistent und bedarf der Ergänzung. Hypnothe- rapie kann angeboten	<i>Hypnotherapie nicht untersucht</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
					The effects of hypnotherapy on smoking cessation claimed by uncontrolled studies were not confirmed by analysis of randomized controlled trials.	werden. Empfehlungsgrad: 0+ LoE: 1a (aus systematischer Recherche) / 100% ²⁹³ S. 77	
KOLLEKTIVINTERVENTIONEN (wenden sich an Bevölkerungsanteile oder Bevölkerungen)							
Medien							
Massenmediale Intervention <i>Interventionen über Kommunikationskanäle wie Fernsehen oder Radio zur Ermutigung von Rauchern zur Aufgabe des Tabakgebrauchs</i> Besondere Zielgruppe: Erwachsene „MIC-getestet“: eine Studie, Südafrika (CORIS 1997)	01	Sollte umgesetzt ²⁹⁴ werden Empfehlungsgrad: B+	Nicht gegeben	Sieben Studien, N = 23.935.414 (Studien mit dem Outcome, Abstinenz- oder Quit-Raten gezählt, bei einer Studie keine Teilnehmerzahl genannt, eigene Berechnung)	There is evidence that comprehensive tobacco control programmes which include mass media campaigns can be effective in changing smoking behaviour in adults, but the evidence comes from a heterogeneous group of studies of variable methodological quality. [...]	<i>Keine Empfehlung für umfassende mass mediale Interventionen für Erwachsene, einzelne Empfehlungen für bestimmte Medien:</i> Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten internetbasierte Selbsthilfprogramme angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1b (aus systematische Recherche) / 96% S. 47 Zur Unterstützung der Erreichung des	Massenmediale Kampagnen im Rahmen von „Warn about the dangers of tobacco“ ²⁹⁵ können umgesetzt werden Empfehlungsgrad: 0+

²⁹³ Hypnotherapie wird bei der AWMF den psychotherapeutischen Interventionen zugeordnet (AWMF 2015a: 77).

²⁹⁴ Da Kollektivinterventionen nicht einem individuellen Wunsch zufolge angeboten, sondern flächendeckend umgesetzt werden, bietet es sich an, den Begriff hier entsprechend anzupassen (umsetzen vs. anbieten). S. dazu Frommer und Rychetnik 2005: 58: „[...] individuals are often exposed involuntarily to public health interventions that are targeted primarily at communities or populations.“

²⁹⁵ Bei Hoffman und Tan (2015) werden die Tabakkontrollinterventionen nach dem MPOWER-Framework der WHO (vgl. WHO 2020f) kategorisiert: monitor tobacco use and prevention policies, protect people from tobacco smoke, offer help to quit tobacco use, warn about the dangers of tobacco, enforce bans on tobacco advertising/promotion and sponsorship, raise taxes on tobacco.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
						Rauchstopps sollten mobi- le Selbsthilfeprogramme angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 1b (aus systemati- scher Recherche) / 96% S. 47	
Massenmediale Intervention <i>Interventionen über Massenmedi- en wie Fernsehen oder Radio zur Vermeidung eines Rauchbeginns durch junge Menschen, auch Kombination mit Schul-basierten Programmen</i> Besondere Zielgruppe: junge Menschen, präventive Intervention	06	Kann umgesetzt werden Empfehlungs- grad: 0+	Nicht gegeben	Sieben Stu- dien, N = 26.062 (bei fünf Studien Teilnehmer- zahl nicht genannt, eige- ne Berech- nung)	There is some evidence that mass media can prevent the uptake of smoking in young people, however the evidence is not strong and contains a number of methodologi- cal flaws.	<i>Keine Empfehlung für umfassende medienba- sierte Interventionen für junge Menschen, einzelne Empfehlung für bestimmte Medien:</i> Computer-, Internet- und Smartphone-gestützte Programme zur Tabak- entwöhnung sollten Ju- gendlichen angeboten werden. Empfehlungsgrad: B+ LoE: 2 (aus systemati- scher Recherche) / 100% S. 151	
Gesetze und Verbote							
Rauchverbote (im Rahmen weite- rer Maßnahmen) <i>Alle schriftlichen Richtlinien zur Regulierung des Tabakgebrauchs in Innen- und Außenräumen von Schulen</i> Besondere Zielgruppe / Setting:	23	Kann umgesetzt werden Empfehlungs- grad: 0+	Nicht gegeben	Eine Studie, N = 1.807	Despite a comprehensive literature search, and rigorous evaluation of studies, we found no evidence to support STPs. The absence of reliable evidence for the effective- ness of STPs is a concern in public health. We need well-designed randomised controlled trials or quasi-experimental studies to	Gute Anhaltspunkte zum positiven Einfluss der Tabakentwöhnung auf Morbidity und Mortalität lassen sich aus prospekti- ven epidemiologischen Studien zu Nichtraucher- schutz-Gesetzen ziehen:	Rauchverbote und – beschränkungen im öffentlichen Raum, an Ar- beitsplätzen und in Wohnräu- men ²⁹⁷ im Rah-

²⁹⁷ Engl. Residences: bezieht sich hier wahrscheinlich in erster Linie auf die Gastronomie und Hotels, keine Anmerkungen dazu im Overview [d. Verf.].

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
junge Menschen / Schule, präventive Intervention „MIC-getestet“: die eine Studie ist aus China (Chen 2014) ²⁹⁶					evaluate the effectiveness of school tobacco policies.	Die Häufigkeit von akuten kardialen Erkrankungen hat nach Einführung eines effektiven Nichtraucher-schutzes signifikant und klinisch relevant (>10%) abgenommen, hierzu liegen zwei Metaanalysen vor (Lightwood & Glantz, 2009, Meyers & Neuberger 2009). S. 195 - 196 (Hervorhebung durch Autorin) Keine weiteren Untersuchungen zu Gesetzen und Verboten	men von „Protect people from tobacco smoke“ sollen umgesetzt werden Empfehlungsgrad: A+
Stärkung der Gesetzesumsetzung <i>Interventionen um Einzelhändler davon abzuhalten Tabakprodukte an Minderjährige zu verkaufen, hier: Stärkung der Gesetzesumsetzung</i> Besondere Zielgruppe: Minderjährige	56	Kann umgesetzt werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben	15 Studien, N = 3.686 (<i>gezählt wurden Einzelhändler/„retail outlets“; bei vier Studien keine Zahlen genannt, das meiste sind pre/post-Studien oder Zeitreihenanalysen, eigene Berechnung</i>)	Interventions with retailers can lead to large decreases in the number of outlets selling tobacco to youths. However, few of the communities studied in this review achieved sustained levels of high compliance. This may explain why there is limited evidence for an effect of intervention on youth perception of ease of access to tobacco, and on smoking behaviour.		
Rauchverbote <i>Gesetzliche Verbote (umfassend oder partiell), Implementierung auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene</i> Besonderes Outcome: auch Passivrauchexposition berücksichtigt	14	Soll umgesetzt werden Empfehlungsgrad: A+ (in Bezug auf ETS-Exposition, positiver Trend in Bezug auf Rauchverhalten)	Nicht gegeben	50 Studien, 31 Studien mit dem Outcome Passivrauchexposition, N = 174.709 (<i>bei neun Studien keine Teilnehmerzahl genannt, eigene Berechnung</i>)	Introduction of a legislative smoking ban does lead to a reduction in exposure to passive smoking. Hospitality workers experienced a greater reduction in exposure to SHS after implementing the ban compared to the general population. There is limited evidence about the impact on active smoking but the trend is downwards. There is some evidence of an improvement in health outcomes. The strongest evidence is the reduction seen in admissions for acute coronary syndrome. There is an increase in support for and compliance with smoking bans after the		

²⁹⁶ „It [die Studie, d. Verf.] was judged to be at high risk of bias.“ (Review-Nr. 23: 2)

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
					legislation.		
Produktbezogene Interventionen							
Elektronische Zigaretten ²⁹⁸ <i>Elektronische Zigaretten im Vergleich mit Placebo und anderen Kontrollen sowie als Begleitung von standardmäßiger Behandlung zur Aufgabe des Rauchens (verhaltensorientiert oder medikamentös oder beides)²⁹⁹</i>	40	Sollte angeboten werden Empfehlungsgrad: B+	Gegeben	Zwei Studien, N = 957 (<i>eigene Berechnung</i>)	There is evidence from two trials that ECs help smokers to stop smoking long-term compared with placebo ECs. However, the small number of trials, low event rates and wide confidence intervals around the estimates mean that our confidence in the result is rated 'low' by GRADE standards. The lack of difference between the effect of ECs compared with nicotine patches found in one trial is uncertain for similar reasons. ECs appear to help smokers unable to stop smoking altogether to reduce their cigarette consumption when compared with placebo ECs and nicotine patches, but the above limitations also affect certainty in this finding. In addition, lack of	Die Datenlage zur Sicherheit und Effektivität der elektrischen Zigarette in der Tabakentwöhnung ist unzureichend. Die elektrische Zigarette sollte zur Tabakentwöhnung nicht angeboten werden ³⁰⁰ . Empfehlungsgrad: B- LoE: 4 (aus systematischer Recherche) / 94% S. 142	<i>Elektronische Zigaretten nicht untersucht</i>

²⁹⁸ Die elektronische Zigarette könnte auch als medizinisches Produkt zur Unterstützung der Tabakentwöhnung verstanden werden. Dies wird kontrovers diskutiert (z. B. Gornall 2012) und E-Inhalationsprodukte werden durchaus auch als gefährlich beschrieben (z. B. Kolenda und Kronshagen 2019: 516ff.). In Deutschland werden elektronische Zigaretten nicht als Arzneimittel oder Medizinprodukte eingestuft (Bundesverwaltungsgericht 2014). Vor diesem Hintergrund wird sie hier den produktbezogenen Interventionen (unter Kollektivinterventionen) zugeordnet.

²⁹⁹ „Declaration of interests: Within the last three years HM has undertaken educational sessions sponsored by Pfizer and Johnson & Johnson, manufacturers of smoking cessation medications. Within the last three years PH has provided consultancy to GSK, Pfizer, and Johnson & Johnson, manufacturers of smoking cessation medications. Due to these two interests, this review is not compliant with the Cochrane commercial sponsorship policy, as updated in 2014. At the time the protocol was published it was compliant. Two authors (HM, CB) have additional declarations: CB and HM were investigators on a study of ECs from an EC manufacturer (Ruyan Group, Beijing and Hong Kong). Ruyan supplied the ECs used in the trial and contracted with Health NZ Ltd. to undertake the study. Health New Zealand Ltd funded The University of Auckland to conduct the trial, independently of Ruyan Group (Holdings) Ltd. The trial design conduct, analysis and interpretation of results were conducted independently of the sponsors. CB and HM were investigators on the ASCEND EC trial funded by the Health Research Council of New Zealand that used product supplied at no charge from PGM international, a retailer of ECs. JHB has no conflicts of interest to declare.“ (Review-Nr. 40: 57)

³⁰⁰ „E-Zigaretten sollen nicht empfohlen werden, bevor sie nicht unter den Bedingungen der Arzneimittelprüfung auf ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit bei der harm reduction und Tabakentwöhnung untersucht worden sind.“ (AWMF 2015a: 64)

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta-Analyse	Studien- und Teilnehmer-zahl	Schlussfolgerung der Autoren		
					biochemical assessment of the actual reduction in smoke intake further limits this evidence. No evidence emerged that short-term EC use is associated with health risk.		
Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (gesundheitliche Warnhinweise, „Plain packaging“)		<i>Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (gesundheitliche Warnhinweise, „Plain packaging“) wird in den eingeschlossenen Reviews/Ergebnissen nicht untersucht</i>				<i>Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (gesundheitliche Warnhinweise, „Plain packaging“) nicht untersucht</i>	Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (gesundheitliche Warnhinweise, „Plain packaging“) im Rahmen von „Warn about the dangers of tobacco use“ können umgesetzt werden Empfehlungsgrad: 0+
Gesundheitssystembasierte Interventionen							
Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter <i>Jede Intervention zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums, hier: Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter</i> Besondere Zielgruppe: Apotheker und / oder Apothekenmitarbeiter	46	Kann angeboten werden Empfehlungsgrad: 0+	Nicht gegeben	Zwei Studien, N = 218 (<i>gezählt wurden Apotheker / Apothekenmitarbeiter, eigene Berechnung</i>)	The limited number of studies to date suggests that trained community pharmacists, providing a counselling and record keeping support programme for their customers, may have a positive effect on smoking cessation rates. The strength of evidence is limited because only one of the trials showed a statistically significant effect.	Beratungsansätze zur Förderung des Rauchstopps sowie therapeutische Interventionen zur Entwöhnungsbehandlung sollen in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen stärker integriert werden. Empfehlungsgrad: A+ (KKP) LoE: - / 97% S. 226	<i>Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter nicht untersucht</i>
Schulung von Fachkräften der	19	Soll angeboten	Gegeben	Acht Studien,	Training health professionals to	Beratungsansätze zur	<i>Schulung von</i>

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
<p>Gesundheitsversorgung</p> <p><i>Interventionen bei denen Gesundheitsfachkräfte in Methoden zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums bei ihren Patienten geschult werden</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: Fachkräfte der Gesundheitsversorgung</p>		<p>werden</p> <p>Empfehlungsgrad: A+</p>		<p>N = 1.746 (gezählt wurden Fachkräfte der Gesundheitsversorgung, Studien mit dem Outcome „continuous abstinence“, bei drei Studien Zahlen nicht genannt, eigene Berechnung)</p>	<p>provide smoking cessation interventions had a measurable effect on the point prevalence of smoking, continuous abstinence and professional performance. [...]</p>	<p>Förderung des Rauchstopps sowie therapeutische Interventionen zur Entwöhnungsbehandlung sollen in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen stärker integriert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A+ (KKP) LoE: - / 97%</p> <p>S. 226</p>	<p><i>Fachkräften der Gesundheitsversorgung nicht untersucht</i></p>
<p>Patientenbasierte finanzielle Interventionen (z. B. Veränderung der Höhe der Zuzahlung / der Beiträge, zuzahlungsfreie Rezepte)</p> <p><i>Gesundheitsversorgungs- Finanzierungsinterventionen zur Steigerung der Nutzung von Behandlungen zur Aufgabe des Rauchens, hier: Patienten-basiert</i></p> <p>Besondere Zielgruppe: Patienten</p>	42	<p>Sollte umgesetzt werden</p> <p>Empfehlungsgrad: B+</p>	Gegeben	<p>Vier Studien, N = 2.873 (eigene Berechnung)</p>	<p>Full financial interventions directed at smokers when compared to no financial interventions increase the proportion of smokers who attempt to quit, use smoking cessation treatments, and succeed in quitting. The absolute differences are small but the costs per additional quitter are low to moderate. [...] The methodological qualities of the included studies need to be taken into consideration when interpreting the results.</p>	<p><i>Patientenbasierte finanzielle Interventionen nicht untersucht³⁰¹</i></p>	<p>Finanzielle Interventionen, die Therapien zur Tabakentwöhnung bezahlbarer machen und Anreize für Raucher, mit dem Rauchen aufzuhören können im Rahmen von „Offer help to quit tobacco use“ umgesetzt werden (erstes ist wahr-</p>

³⁰¹ Vgl. ein relativ unsicheres Ergebnis zu „Bedingte Verstärkung mit Geld“ unter „Anreize“ bei den Individualinterventionen. In Review-Nr. 33 werden Anreizsysteme für kleinere Gruppen, wie Schulklassen beschrieben. Deshalb wurde das Ergebnis den Individualinterventionen zugeordnet.

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
							scheinlich etwas effektiver ³⁰²) Empfehlungs- grad: 0+
Anbieterbasierte finanzielle Inter- ventionen	<i>Anbieter-basierte finanzielle Interventionen werden in den eingeschlossenen Re- views/Ergebnissen nicht untersucht</i>				<i>Anbieterbasierte finanziel- le Interventionen nicht untersucht</i>	Anreize für Fachkräfte der Gesundheits- versorgung, Tabakkontrollin- terventionen anzubieten im Rahmen von „Offer help to quit tobacco use“ sind wahr- scheinlich nicht wirksam und können deshalb nicht umgesetzt werden Empfehlungs- grad: 0-	
Preisbezogene und steuerliche Interventionen							
Steuern	<i>Steuern werden in den eingeschlossenen Reviews/Ergebnissen nicht untersucht</i>				<i>Steuern nicht untersucht</i>	Steuern auf Tabakprodukte sind eine sehr wichtige Inter- vention und sollten im Rah- men von „Raise taxes on tobac- co“ umgesetzt werden	

³⁰² Vgl. Hoffman und Tan 2015: 4

Intervention	Nr. 259	Systematic Reviews der Cochrane Collaboration				Empfehlung der AWMF-Leitlinie	Umkodierte Empfehlung nach Hoffman und Tan (2015) ²⁶⁰
		Umkodierte Empfehlung ²⁶¹	Meta- Analyse	Studien- und Teil- nehmer-zahl	Schlussfolgerung der Au- toren		
							Empfehlungs- grad: B+
Interventionen zur Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring							
Werbeverbote		<i>Werbeverbote werden in den eingeschlossenen Reviews/Ergebnissen nicht untersucht</i>				<i>Werbeverbote nicht unter- sucht</i>	Werbeverbote und – beschränkungen sind wahr- scheinlich wirk- sam und können im Rahmen von „Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship“ umgesetzt wer- den Empfehlungs- grad: 0+

LEGENDE ZUR TABELLE ³⁰³	
A+ (A plus)	Starke Empfehlung: „soll angeboten werden“
B+ (B plus)	Empfehlung: „sollte angeboten werden“
0+ (Null plus)	Unklare Empfehlung: „kann angeboten werden“
0- (Null minus)	Unklare Empfehlung, etwas nicht anzubieten: „kann nicht angeboten werden“
B- (B minus)	Empfehlung, etwas nicht anzubieten: „sollte nicht angeboten werden“
A- (A minus)	Starke Empfehlung, etwas nicht anzubieten: „soll nicht angeboten werden“
KKP (Klinischer Konsens-Punkt)	Empfehlung nicht auf der Basis eines systematischen Reviews (Expertenkonsens)

³⁰³ In Anlehnung an die AWMF-Leitlinie (AWMF 2015a: 6 – 7)

LoE (Level of Evidence)	Evidenzgrade, die den Empfehlungen zugeordnet sind: informieren darüber, in welcher Qualität die Information zu dieser Empfehlung vorliegt
%	Prozentsatz der Zustimmung der Delegierten zu den Empfehlungsgraden in der Gesamtabstimmung

*Begründung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Nicht-Zustimmung zu den Empfehlungen („Erste Stellungnahme der DEGAM vom 14. August 2014, Prof. Dr. M. Scherer“: AWMF 2015b: 15ff.)

Nikotinersatztherapie

Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: „Die DEGAM empfiehlt im hausärztlichen Versorgungsbereich, den Einsatz einer Nikotinersatz-Therapie an die individuellen Möglichkeiten der Patienten anzupassen und sie [sic] ihre hausärztliche Begleitung dann anzubieten, wenn sie erfolgsversprechend erscheint.“ Begründung: eine Soll-Empfehlung würde sich auf alle Patienten mit Nikotingebrauch beziehen. Längst nicht alle sind aber bereit, sich einer entsprechenden Therapie zu unterziehen. (S. 16)

Antidepressiva: Bupropion

Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: „Die DEGAM empfiehlt für den hausärztlichen Versorgungsbereich: Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie nicht ausreichend wirksam war, können gemeinsam mit den Patienten die Vor- und Nachteile einer Behandlung mit Bupropion abgewogen werden.“ Begründung: In einem RCT war die Substanz hinsichtlich der Abstinenzraten überhaupt nicht wirksam. Ein zusätzlicher Nutzen zur Nikotinersatztherapie ist nicht belegt, ebensowenig der Einsatz bei Versagen der Nikotinersatzbehandlung. Neuropsychiatrische Symptome sind häufig, Suizide kommen vor – auch bei Patienten ohne prävalente Depression. Zudem kann eine Substanz, die nicht zulasten der GKV verordnungsfähig ist, schlecht angeboten werden. (S. 17)

Partielle Nikotinrezeptoragonisten: Vareniclin

Spezifisches Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Versorgungsbereich: „Die DEGAM empfiehlt für den hausärztlichen Versorgungsbereich angesichts des unsicheren individuellen Nutzen-Risiko-Verhältnisses: wenn eine leitliniengerechte Nikotinersatztherapie nicht ausreichend wirksam war, kann Vareniclin zur Tabakentwöhnung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden.“ Begründung: in einer Metaanalyse wurde ein 70% [sic] relativer Risikoanstieg für kardiovaskuläre Ereignisse unter Vareniclin registriert. Ein Nutzen hinsichtlich Nikotinabstinenz wurde nicht mit dem einer Nikotinersatzbehandlung verglichen. Eine jüngere, größere Metaanalyse kam zwar zu dem entgegengesetzten Schluss, was die Verträglichkeit angeht. Allerdings war auch in dieser Metaanalyse das kardiovaskuläre Risiko nicht signifikant relativ um 40% erhöht. Hauptautorin der Metaanalyse war Leiterin einer von Pfizer gesponserten Studie. Für Vareniclin häufen sich Berichte zu Suiziden und anderen neuropsychiatrischen UAW auch bei zuvor nicht unter Depression leidenden Personen. Insgesamt ist die Substanz sehr schlecht verträglich. (S. 17 – 18)

(Zu weiteren Empfehlungen und dem Fortlauf der Korrespondenz: AWMF 2015b: 18ff.)

Organisationslisten

A) VENRO (Stand: 15.08.2019)

1. Action medeor Deutsches Medikamenten-Hilfswerk
2. ADRA Deutschland
3. agl - Arbeitsgemeinschaft der Eine Welt-Landesnetzwerke in Deutschland e.V.,
Haus der Demokratie und Menschenrechte
4. Aktion Canchanabury
5. AMICA e.V.
6. ANDHERI HILFE e.V.
7. APOTHEKER HELFEN e.V
8. Apotheker ohne Grenzen
9. Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.
10. Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsethnologie
11. Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe (AGEH)
12. arche noVa Initiative für Menschen in Not e.V.
13. Ärzte der Welt e.V. Médecins du Monde Deutschland
14. ASW - Aktionsgemeinschaft Solidarische Welt
15. AT-Verband Verband zur Förderung angepasster, sozial- und umweltverträglicher
Technologien
16. AWO International e.V.
17. Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit (bezev)
18. BONO-Direkthilfe
19. BORDA e.V.
20. Brot für die Welt - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
21. Bund der Deutschen Katholischen Jugend (BDKJ)
22. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
23. CARE Deutschland e.V.
24. Caritas international Deutscher Caritasverband
25. Casa Alianza Kinderhilfe Guatemala Casa Alianza Kinderhilfe Guatemala
26. CHANGE e.V. - Chancen.Nachhaltig.Gestalten
27. ChildFund Deutschland
28. Christliche Initiative Romero
29. Christoffel-Blindenmission Deutschland
30. Dachverband Entwicklungspolitik Baden-Württemberg (DEAB)
31. Das Hunger Projekt e.V.
32. ded-freundeskreis
33. DESWOS – Deutsche Entwicklungshilfe für soziales Wohnungs- und Siedlungs-
wesen e.V.
34. Deutsch-Syrischer Verein
35. Deutsche Kommission Justitia et Pax
36. Deutsche Lepra- und Tuberkulose-Hilfe (DAHW)
37. Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
38. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
39. Deutsches Komitee Katastrophenvorsorge e.V. (DKKV)
40. DGB-Bildungswerk - Nord-Süd-Netz
41. Difäm - Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.
42. Don Bosco Mondo e.V. Don Bosco Mondo e.V. Jugend. Hilfe. Weltweit.

43. DVV International Institut für Internationale Zusammenarbeit des Deutschen Volkshochschul-Verbandes e.V.
44. Eine Welt Netz NRW
45. EIRENE - Internationaler Christlicher Friedensdienst
46. EMA - Euro-Mediterranean Association for Cooperation and Development
47. EPIZ - Zentrum für Globales Lernen in Berlin
48. erlassjahr.de - Entwicklung braucht Entschuldung e.V.
49. Evangelische Akademien in Deutschland (EAD)
50. Fairventures Worldwide FVW gGmbH
51. FIAN-Deutschland - FoodFirst Informations-und Aktions-Netzwerk
52. Forum Fairer Handel e.V.
53. FUTURO SÍ Initiative für Kinder in Lateinamerika e.V.
54. Gemeinschaft Sant`Egidio
55. German Doctors e.V.
56. German Toilet Organization (GTO)
57. Germanwatch
58. Gesellschaft für Internationale Entwicklung, SID Chapter Bonn e.V.
59. Habitat for Humanity Deutschland
60. Handicap International
61. Help - Hilfe zur Selbsthilfe e.V.
62. HelpAge Deutschland
63. Hilfe für Afrika e. V.
64. Hoffnungszeichen | Sign of Hope e.V.
65. Humedica
66. Indienhilfe
67. INKOTA – netzwerk
68. International Justice Mission Deutschland (IJM) e.V.
69. Internationaler Bund (IB) - Freier Träger der Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit e.V.
70. Internationaler Hilfsfonds
71. Internationaler Ländlicher Entwicklungsdienst (ILD)
72. Internationaler Verband Westfälischer Kinderdörfer
73. Islamic Relief Deutschland
74. JAM Deutschland
75. Jambo Bukoba e.V.
76. Johanniter-Auslandshilfe
77. KAIROS Europa e.V.
78. Karl Kübel Stiftung für Kind und Familie
79. KATE - Kontaktstelle für Umwelt und Entwicklung
80. Kinderhilfswerk Stiftung Global-Care
81. Kindernothilfe
82. Kinderrechte Afrika - Zukunft für Kinder in Not
83. KOLPING INTERNATIONAL COOPERATION e.V.
84. Lateinamerika-Zentrum
85. Lesben- und Schwulenverband in Deutschland LSVD
86. Lichtbrücke
87. Malteser International e.V.
88. Marie-Schlei-Verein
89. materra - Stiftung Frau und Gesundheit
90. medica mondiale

91. medico international
92. MISEREOR
93. Mission East Deutschland e.V.
94. Missionsärztliches Institut Würzburg Katholische Fachstelle für internationale Gesundheit
95. NAK-karitativ e.V.
96. NETZ Partnerschaft für Entwicklung und Gerechtigkeit e.V.
97. nph Kinderhilfe Lateinamerika e.V.
98. Ökumenische Initiative Eine Welt
99. Opportunity International Deutschland
100. ora Kinderhilfe international e.V.
101. OroVerde - Die Tropenwaldstiftung
102. Oxfam Deutschland
103. Plan International Deutschland e.V.
104. Rhein-Donau-Stiftung
105. SALEM International gemeinnützige GmbH
106. Samhathi - Hilfe für Indien
107. Save the Children Deutschland
108. Senegalhilfe-Verein
109. Senior Experten Service (SES)
110. SODI e.V.
111. SOS-Kinderdörfer weltweit
112. Stiftung der Deutschen Lions
113. Stiftung Entwicklung und Frieden
114. Stiftung Kinderzukunft
115. Stiftung Nord-Süd-Brücken
116. SÜDWIND - Institut für Ökonomie und Ökumene
117. Susila Dharma - Soziale Dienste
118. Terra Tech Förderprojekte e.V.
119. TERRE DES FEMMES Menschenrechte für die Frau e.V.
120. terre des hommes - Hilfe für Kinder in Not
121. Tierärzte ohne Grenzen
122. TransFair e.V. (Fairtrade Deutschland)
123. Verband Entwicklungspolitik Niedersachsen (VEN)
124. Verbund Entwicklungspolitischer Nichtregierungsorganisationen Brandenburgs (VENROB)
125. W. P. Schmitz-Stiftung
126. Weltfriedensdienst
127. Weltgebetstag der Frauen Deutsches Komitee e.V.
128. Welthaus Bielefeld
129. Welthungerhilfe
130. Weltladen-Dachverband
131. Weltnotwerk der KAB Deutschlands
132. Weltwirtschaft, Ökologie & Entwicklung WEED e.V.
133. Werkhof
134. Werkstatt Ökonomie e.V. im WeltHaus Heidelberg
135. World University Service - Deutsches Komitee e.V.
136. World Vision Deutschland
137. Zukunftsstiftung Entwicklung bei der GLS Treuhand e.V.

B) BMZ (Stand: 23.08.2019)

Organisationen und Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland

- AFOS-Stiftung für Unternehmerische Entwicklungszusammenarbeit
- Agentur für Wirtschaft und Entwicklung
- Aktionsgemeinschaft Dienst für den Frieden
- Alexander von Humboldt-Stiftung (AvH)
- AMREF Flying Doctors Deutschland
- Arbeitsgemeinschaft der Eine Welt Landesnetzwerke in Deutschland (AGL)
- Arbeitsgemeinschaft der Entwicklungsdienste
- Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe (AGEH)
- Arbeitskreis Lernen und Helfen in Übersee (AKLHÜ)
- ASA-Programm
- Auswärtiges Amt
- bengo – Beratungsstelle für private Träger in der Entwicklungszusammenarbeit
- Brot für die Welt
- Bundesanstalt für Geowissenschaften und Rohstoffe (BGR)
- CARE Deutschland-Luxemburg
- Caritas international – Das Hilfswerk der Deutschen Caritas
- Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM)
- Christliche Fachkräfte International
- Christoffel-Blindenmission (CBM)
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)
- Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG)
- Deutsche Länder in der Entwicklungspolitik
- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW)
- Deutsche UNESCO-Kommission
- Deutsche Welthungerhilfe
- Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD)
- Deutsches Institut für Entwicklungspolitik (DIE)
- Deutsches Wash-Netzwerk
- EinDollarBrille
- EIRENE – Internationaler Christlicher Friedensdienst
- Engagement Global – Service für Entwicklungsinitiativen

- Entwicklungspolitisches Schulaustauschprogramm (ENSA)
- Erbacher-Stiftung
- Forum Ziviler Friedensdienst (forumZFD)
- Friedrich-Ebert-Stiftung
- Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit
- German Institute of Global and Area Studies (GIGA)
- German Toilet Organization (GTO)
- Goethe-Institut
- Hanns-Seidel-Stiftung
- Haus der Kulturen der Welt
- Heinrich-Böll-Stiftung
- Help – Hilfe zur Selbsthilfe
- Ingenieure ohne Grenzen
- INKOTA-netzwerk
- Institut für Auslandsbeziehungen (ifa)
- Institut für Entwicklung und Frieden (INEF)
- Karl Kübel Stiftung
- KfW Entwicklungsbank
- Kindernothilfe
- Konrad-Adenauer-Stiftung
- Misereor
- missio
- NPH Deutschland – Unsere kleinen Brüder und Schwestern
- ONE
- Physikalisch-Technische Bundesanstalt (PTB)
- Seminar für Ländliche Entwicklung an der Humboldt-Universität zu Berlin
- Senior Experten Service (SES)
- sequa – Partner der deutschen Wirtschaft
- Servicestelle Kommunen in der Einen Welt
- Siemens-Stiftung
- Stiftung Entwicklung und Frieden (SEF)
- Stiftung Nord-Süd-Brücken
- Studienkreis für Tourismus und Entwicklung
- SÜDWIND – Institut für Ökonomie und Ökumene

- terre des hommes
- Tierärzte ohne Grenzen
- Transparency International Deutschland
- UNICEF Deutschland
- Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO)
- Weltfriedensdienst (WFD)
- weltwärts
- World University Service (WUS)
- Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF)
- Ziviler Friedensdienst (ZFD)

BMZ, <https://www.bmz.de/de/mitmachen/internetadressen/organisationen.html>,
23.08.2019

Kontaktaufnahme und Ansprechpartner der BMZ-Liste: „Organisationen und Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland“

Organisation	Ansprechpartner/Be- reich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E- Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail- Adresse der Or- ganisation)	Kommentar
AFOS-Stiftung für Unterneh- merische Entwicklungszu- sammenarbeit	██████████, kommissa- rische Geschäftsführerin	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	-
Agentur für Wirtschaft und Entwicklung	BMZ: info@bmz.bund.de (allgemein: „Sehr geehrte Damen und Herren“)	20.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	Adressat und E-Mail- Adresse nach Anruf (Wei- terleitung an das BMZ: Bürgerkommunikation) am 20.11.2019
Aktionsgemeinschaft Dienst für den Frieden	██████████, Ge- schäftsführer	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	-
Alexander von Humboldt- Stiftung (AvH)	██████████, Abtei- lungsleiterin, Abteilung 1: Strategie und Außenbe- ziehungen	19.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
AMREF Flying Doctors Deutschland	██████████, geschäftsführender Vor- stand	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	-
Arbeitsgemeinschaft der Eine Welt Landesnetzwerke in Deutschland (AGL)	██████████, Geschäftsfüh- rung und Projektleitung/ Eine Welt Promoter*innen Programm	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	-
Arbeitsgemeinschaft der Ent- wicklungsdienste	██████████, Ge- schäftsführerin	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	-
Arbeitsgemeinschaft für Ent- wicklungshilfe (AGEH)						VENRO

Organisation	Ansprechpartner/Be- reich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E- Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail- Adresse der Or- ganisation)	Kommentar
Arbeitskreis Lernen und Hel- fen in Übersee (AKLHÜ)	██████████, Ge- schäftsführung	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	-
ASA-Programm						Engagement global: ein Kontakt
Auswärtiges Amt	Allgemein („Sehr geehrte Damen und Herren“)	19.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	Adressat ██████████ ██████████) nach Anruf am 19.11.2019
bengo – Beratungsstelle für private Träger in der Entwick- lungszusammenarbeit Brot für die Welt						Engagement global: ein Kontakt VENRO
Bundesanstalt für Geowissen- schaften und Rohstoffe (BGR)	██████████, Technische Zusammenarbeit in Ent- wicklungsländern	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	Mail am 22.11.2019 mit Bitte, dass nur eine Per- son antwortet
CARE Deutschland- Luxemburg Caritas international – Das Hilfswerk der Deutschen Cari- tas						VENRO VENRO
Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM)	██████████ (GIZ), ██████████ (Bunde- sagentur für Arbeit)	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	Mail am 22.11.2019 mit Bitte, dass nur eine Per- son antwortet
Christliche Fachkräfte Interna- tional	██████████, berufener Geschäftsführer	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	Anrede ist versehentlich von CIM stehengeblieben
Christoffel-Blindenmission (CBM)						VENRO

Organisation	Ansprechpartner/Be- reich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E- Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail- Adresse der Or- ganisation)	Kommentar
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenar- beit (GIZ)	██████████, Globale Gesundheitssi- cherheit, Universal Health Coverage	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	-
Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG)	██████████, Sprecherin der Geschäftsführung ³⁰⁴	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	-
Deutsche Länder in der Ent- wicklungspolitik	██████████, Geschäftsführender Vor- sitzender	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	-
Deutsche Stiftung Weltbevöl- kerung (DSW)						VENRO
Deutsche UNESCO- Kommission	██████████, Leiterin der Geschäftsstelle "Bildung für nachhaltige Entwick- lung"	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	-
Deutsche Welthungerhilfe						VENRO
Deutscher Akademischer Aus- tauschdienst (DAAD)	██████████, (Präsidentin, Vizeprä- sident)	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	Mail am 22.11.2019 mit Bitte, dass nur eine Per- son antwortet
Deutsches Institut für Entwick- lungspolitik (DIE)	██████████, ██████████ (Programmleitung Inter- und transnationale Zusammenarbeit, Pro- grammleitung Transformation politischer (Un-)Ordnung)	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	Mail am 22.11.2019 mit Bitte, dass nur eine Per- son antwortet

Organisation	Ansprechpartner/Be- reich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E- Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail- Adresse der Or- ganisation)	Kommentar
Deutsches Wash-Netzwerk	██████████, Sekretariat, Ansprechpartner	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	Nur ein Kontakt auf Inter- netseite
EinDollarBrille	██████████, Gründer und 1. Vorsitzender	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	Keine Geschäftsleitung auf Website, nur Assis- tenz der Geschäftsleitung
EIRENE – Internationaler Christlicher Friedensdienst						VENRO
Engagement Global – Service für Entwicklungsinitiativen	Allgemein („Sehr geehrte Damen und Herren“)	19.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	Anschreiben allgemein halten, zentrale Adresse für alle Programme von Engagement Global ver- wenden (nach Anruf am 19.11.2019)
Entwicklungspolitisches Schulaustauschprogramm (ENSA)						Engagement global: ein Kontakt
Erbacher-Stiftung	██████████, Stiftungslei- tung	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Nein	-
Forum Ziviler Friedensdienst (forumZFD)	██████████, ██████████	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	-
Friedrich-Ebert-Stiftung	██████████, Internatio- nale Gemeinschaft und Zivilgesellschaft	15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 02.12. verschickt	Ja	-
Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit	██████████, Sekretariat Internationales (Internati- onale Politik)	20.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	Kontakt nach Anruf am 20.11.2019 ██████████)

Organisation	Ansprechpartner/Be- reich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E- Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail- Adresse der Or- ganisation)	Kommentar
German Institute of Global and Area Studies (GIGA)		15.11.	30.11.	Erinnerungsmail mit Frist des 14.12. am 2.12. verschickt	Ja	Mail am 22.11.2019 mit Bitte, dass nur eine Per- son antwortet
German Toilet Organization (GTO)						VENRO
Goethe-Institut	, kaufmänni- scher Direktor	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-
Hanns-Seidel-Stiftung	, Abteilung V: Institut für Internationa- le Zusammenarbeit	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-
Haus der Kulturen der Welt	, (Leitung, wissenschaftliche Refe- rentin)	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	Mail am 22.11.2019 mit Bitte, dass nur eine Per- son antwortet
Heinrich-Böll-Stiftung	, Referent In- ternationale Politik	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
Help – Hilfe zur Selbsthilfe						VENRO
Ingenieure ohne Grenzen	, Ge- schäftsführer	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
INKOTA-netzwerk						VENRO
Institut für Auslandsbeziehun- gen (ifa)	, Generalsek- retär	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
Institut für Entwicklung und Frieden (INEF)	, wis- senschaftliche Geschäfts- führerin, (PPP/int. Ge- sundheitspolitik)	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-

Organisation	Ansprechpartner/Be- reich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E- Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail- Adresse der Or- ganisation)	Kommentar
Karl Kübel Stiftung						VENRO
KfW Entwicklungsbank	[REDACTED], Senior- Sektorökonomin im Kom- petenzcenter Nachhaltige Wirtschaftsentwicklung, Bildung und Gesundheit	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-
Kindernothilfe						VENRO
Konrad-Adenauer-Stiftung	[REDACTED], Stellv. Leiter Hauptabtei- lung Europäische und Internationale Zusam- menarbeit	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-
Misereor						VENRO
missio	[REDACTED], Abteilungs- leiter Ausland	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
NPH Deutschland – Unsere kleinen Brüder und Schwes- tern*						VENRO
ONE	[REDACTED], Operati- ons Manager	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
Physikalisch-Technische Bun- desanstalt (PTB)	[REDACTED], Interna- tionale Zusammenarbeit	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-
Seminar für Ländliche Ent- wicklung an der Humboldt- Universität zu Berlin	[REDACTED], Sozi- alwissenschaftlerin	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-
Senior Experten Service (SES)	[REDACTED], Ge- schäftsführerin	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	Zwei E-Mail-Adressen [REDACTED]

Organisation	Ansprechpartner/Be- reich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E- Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail- Adresse der Or- ganisation)	Kommentar
						██████████ (Sekretariat der Geschäftsführung)
sequa – Partner der deut- schen Wirtschaft	██████████, Geschäfts- führer	19.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	Ansprechpartner bei An- ruf am 19.11.2019 ge- nannt
Servicestelle Kommunen in der Einen Welt						Engagement global: ein Kontakt
Siemens-Stiftung	██████████, Leitung der Geschäftsstelle (██████████)	20.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	Ansprechpartner bei An- ruf am 20.11.2019 ge- nannt
Stiftung Entwicklung und Frie- den (SEF)						VENRO
Stiftung Nord-Süd-Brücken						VENRO
Studienkreis für Tourismus und Entwicklung	██████████, Ge- schäftsführerin	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
SÜDWIND – Institut für Öko- nomie und Ökumene*						VENRO
terre des hommes						VENRO
Tierärzte ohne Grenzen						VENRO
Transparency International Deutschland	██████████, Geschäftsführerin	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
UNICEF Deutschland	██████████, Ent- wicklungs-/ Außenpolitik, Humanitäre Hilfe	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Nein	-
Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deut- scher Nichtregierungsorgani-						VENRO

Organisation	Ansprechpartner/Bereich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E-Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail-Adresse der Organisation)	Kommentar
sationen (VENRO)						
Weltfriedensdienst (WFD)	, Geschäftsführung	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-
weltwärts World University Service (WUS)						Engagement global: ein Kontakt VENRO
Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF)	, Junior Researcher Public Health	18.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-
Ziviler Friedensdienst (ZFD)						Anruf 19.11.2019: Organisation, besteht aus einem Konsortium (hier die Ansprechpartner): Aktionsgemeinschaft Dienst für den Frieden (s. o.), Die Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe (AGEH) e. V. (VENRO), Brot für die Welt (VENRO), EIRENE (VENRO), Forum Ziviler Friedensdienst e. V. (s. o.), GIZ (s. o.), Die Kurve Wustrow, peace brigades International, Weltfriedensdienst (s. o.)
Kurve Wustrow (aus Konsortium ZFD) Bildungs- und Begegnungsstätte für gewaltfreie Aktion e. V.	, Geschäftsführerin	19.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-

Organisation	Ansprechpartner/Bereich	Link zum Fragebogen verschickt	Frist	Erinnerungsmail	Personalisiert (E-Mail-Adresse des Ansprechpartners vs. E-Mail-Adresse der Organisation)	Kommentar
Peace Brigades International (aus Konsortium ZFD)	██████████, Koordination (nach Anruf)	19.11.	06.12.	Erinnerungsmail mit Frist des 21.12. am 09.12. verschickt	Ja	-

* = auf Mitgliederliste des VENRO, wurden versehentlich angeschrieben.

Das Anschreiben

Sehr geehrte/r (...),

die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Tabakkonsum als zunehmendes Problem der Bevölkerungsgesundheit eingestuft und bereits vor einigen Jahren die WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) verabschiedet. Heute leben etwa 80% der 1,1 Milliarden Raucher/innen im globalen Süden. Tabakgebrauch trägt auch zur weiteren Verarmung bei.

In einer Umfrage der Universität Bremen möchten wir einen Überblick darüber gewinnen, welche Rolle Maßnahmen zur Tabakkontrolle in der Arbeit von Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland spielt. [sic]

Als Vertreter*in einer Organisation möchten wir Sie sehr herzlich bitten uns einige Fragen dazu zu beantworten. Bitte nehmen Sie auch dann teil, wenn Ihre Organisation nicht an Maßnahmen zur Tabakkontrolle beteiligt ist.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Grundsätzlich erfolgen Ihre Angaben auch für uns anonymisiert. Sie haben allerdings am Ende die Möglichkeit, Ihre E-Mail-Adresse einzutragen. Diese Angabe ist vollkommen freiwillig. Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse angeben, können Sie den Ergebnisbericht erhalten und/oder ggf. Nachfragen beantworten. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt in jedem Fall anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Organisation oder Person für Dritte nicht möglich ist. Die Daten werden für den Zeitraum der Befragung elektronisch und passwortgesichert gespeichert und zu rein wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Die Befragung wird ca. 10-15 Minuten dauern. Bitte tragen Sie Ihre Antworten bis zum 30.11.2019 ein.

Über den folgenden Link gelangen Sie direkt zum Online-Fragebogen:
<https://ww2.unipark.de/uc/tabakkontrolle/>

Vorab bedanken wir uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Raith

Prof. Ansgar Gerhardus

Institut für Public Health und Pflegeforschung
Abteilung 1: Versorgungsforschung
Universität Bremen
Grazer Straße 4
28359 Bremen
Tel.: +49(0)421-218 68819
E-Mail: araith@uni-bremen.de

**Online-Befragung
Tabakkontrolle in der Entwicklungszusammenarbeit**

Vielen Dank, dass Sie an unserer Befragung zur Tabakkontrolle in der Entwicklungszusammenarbeit teilnehmen. Die Befragung wird ca. 10-15 Minuten dauern. Bitte tragen Sie Ihre Antworten bis zum 30.11.2019 (Frist wurde verlängert) ein.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Grundsätzlich erfolgen Ihre Angaben auch für uns anonymisiert. Sie haben allerdings am Ende die Möglichkeit, Ihre E-Mail-Adresse einzutragen. Diese Angabe ist vollkommen freiwillig. Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse angeben, können Sie den Ergebnisbericht erhalten und/oder ggf. Nachfragen beantworten.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt in jedem Fall anonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Organisation oder Person für Dritte nicht möglich ist. Die Daten werden für den Zeitraum der Befragung elektronisch und passwortgesichert gespeichert und zu rein wissenschaftlichen Zwecken verwendet.

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an mich wenden:

Anna Raith

Abteilung 1: Versorgungsforschung
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen
Grazer Straße 4
28359 Bremen
Tel.: +49(0)421-218 68819
E-Mail: araith@uni-bremen.de

Weiter

Wie viele Menschen arbeiten in Ihrer Organisation?

(Frage 1) Zahl der Mitarbeitenden (In- und Ausland, ohne Freiwillige und Ehrenamtliche)

- Bis 20
- 21 – 50
- 51 – 100
- 101 und mehr
- Weiß ich nicht

(Frage 2) Zahl der freiwilligen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden (In- und Ausland)

- Bis 10
- 11 – 30
- 31 und mehr
- Keine freiwilligen und ehrenamtlichen Mitarbeitenden in meiner Organisation
- Weiß ich nicht

Zurück

Weiter

(Frage 3) Wann wurde Ihre Organisation gegründet?

- Vor 1950
- 1950 – 2000
- Nach 2000
- Weiß ich nicht

(Frage 4) Zu welchem Sektor gehört Ihre Organisation?

Private, nicht staatliche Organisation (Nichtregierungsorganisation, gemeinnützig)
Privatwirtschaftliche Organisation (mit Gewinnorientierung)
Staatliche Organisation (z. B. Bundesbehörde)
Anderer Sektor: (...)
Weiß ich nicht

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 5) Wie schätzen Sie die Bedeutung der Tabakkontrolle für die Gesundheit der Menschen in Ländern mit durchschnittlich mittlerem und niedrigem Einkommen ein?

Sehr niedrig Niedrig Eher niedrig Eher hoch Hoch Sehr hoch

(Frage 6) Wie schätzen Sie die Bedeutung der Tabakkontrolle für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit ein?

Sehr niedrig Niedrig Eher niedrig Eher hoch Hoch Sehr hoch

(Frage 7) Wie schätzen Sie die Bedeutung der Tabakkontrolle für Ihre Organisation ein?

Sehr niedrig Niedrig Eher niedrig Eher hoch Hoch Sehr hoch

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 8) Führt Ihre Organisation Projekte und/oder andere Aktivitäten im Bereich der Tabakkontrolle durch bzw. unterstützt sie?

Ja
Nein

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 9) Bitte nennen Sie eine Maßnahme der Tabakkontrolle, die Ihre Organisation durchführt oder unterstützt. (...)

Im weiteren Verlauf haben Sie die Möglichkeit auf weitere Maßnahmen einzugehen.

[Zurück](#)

[Weiter](#)

Unterfrage 1: Wie schätzen Sie den Erfolg der Maßnahme ein?

Sehr erfolgreich Erfolgreich Eher erfolgreich Etwas erfolgreich Wenig erfolgreich Gar nicht erfolgreich

Unterfrage 2: Woran messen Sie den Erfolg dieser Maßnahme? (...)

[Zurück](#)

[Weiter](#)

[Frage 9 und Unterfragen: 5 Mal]

(Frage 10) Weitere Maßnahmen der Tabakkontrolle, die Ihre Organisation durchführt oder unterstützt: (...)

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 11) Können Sie sich vorstellen, in der Zukunft weitere Maßnahmen der Tabakkontrolle durchzuführen oder zu unterstützen?

Ja
Nein

Zurück

Weiter

(Frage 12) Die Durchführung welcher Maßnahmen der Tabakkontrolle bzw. deren Unterstützung können Sie sich in der Zukunft vorstellen?

Wir stellen Ihnen im Folgenden Maßnahmen zur Tabakkontrolle vor, die auf der Grundlage der Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammengestellt wurden.

Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen:

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Therapeutische Interventionen (z. B. Verhaltenstherapie oder Gruppentherapie)						
Beratung (z. B. durch Ärztinnen, Ärzte oder Krankenpflegepersonal, auch telefonisch)						
Bildung, Schulung und Training (z. B. gesundheitliche Aufklärung bei Zielgruppen oder als Teil von Lehrplänen im Schulunterricht)						
Informationsmaterial und Selbsthilfe (z. B. Selbsthilfematerial am Arbeitsplatz oder Beratung zur Selbsthilfe)						
Anreize, die zur Tabakprävention beitragen oder eine Tabakentwöhnung ermutigen (z. B. Geldleistungen, Gutscheine oder Wettbewerbe)						
Feedback über Biomarker zur Bestimmung der Nikotinaufnahme im Körper (als Motivation für die Tabakentwöhnung)	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Rückfallprävention (alle Interventionen mit dem Ziel der Stabilisierung einer bereits erreichten Tabakentwöhnung)						
Nikotinersatztherapie (z. B. Kaugummi, Pflaster, Spray mit dem Ziel						

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
der Verminderung von Entzugserscheinungen)						
Medikamente zur Förderung der Tabakentwöhnung (z. B. Vareniclin, Bupropion)						
Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs (z. B. Akupunktur, Akupressur oder Lasertherapie)						

Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen:

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Massenmediale Kampagnen zur Tabakprävention und -entwöhnung						
Gesetze und Verbote (Rauchverbote im öffentlichen Raum oder darüber hinaus)						
Unterbinden aller Formen des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen, einschließlich des Schmuggels, der unerlaubten Herstellung und der Fälschung und damit im Zusammenhang stehende erforderliche Maßnahmen						
Elektronische Zigarette zur Unterstützung der Tabakentwöhnung						
Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (wie z. B. gesundheitliche Warnhinweise oder standardisierte Verpackung)						
Prüfung und Messung der Inhaltsstoffe und Emissionen von Tabakerzeugnissen und Regelung bezüglich dieser Inhaltsstoffe und	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Emissionen						
Bekanntgabe von Angaben zu den Inhaltsstoffen und Emissionen von Tabakerzeugnissen gegenüber amtlichen Stellen und Veröffentlichung von Angaben über die toxischen Bestandteile der Tabakerzeugnisse und der Emissionen, die von ihnen ausgehen können						
Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter						
Schulung und Training für Fachkräfte der Gesundheitsversorgung (zur Durchführung von Maßnahmen bei Zielgruppen)						
Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit im Zusammenhang mit der Umwelt im Hinblick auf den Tabakanbau und die Herstellung						
	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen für Tabakarbeiter, Tabakanbauer und gegebenenfalls Einzelverkäufer						
Patientenbasierte finanzielle Interventionen zur Förderung der Tabakentwöhnung (z. B. zuzahlungsfreie Rezepte für Therapien)						
Anbieterbasierte finanzielle Interventionen zur Förderung der Tabakentwöhnung (z. B. Zulagen bei erfolgreicher Behandlung einer Tabakabhängigkeit)						
Entwicklung und Förderung von Forschung und Forschungs koordinierung auf dem Gebiet der Eindämmung des Tabakgebrauchs						
Regelmäßige Berichte						

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
über die Durchführung von Maßnahmen der Tabakkontrolle und damit im Zusammenhang stehende Themen, wie z. B. Einschränkungen oder Hindernisse bei der Durchführung						

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Preisbezogene und steuerliche Interventionen (zur Preisgestaltung von Tabakprodukten)						
Interventionen zur Eindämmung von Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring (umfassende Verbote dieser Unternehmensaktivitäten der Tabakindustrie)						

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 13) Was sind die Gründe, die am ehesten dafür in Frage kommen, dass Ihre Organisation keine Projekte, andere Aktivitäten bzw. Unterstützungsleistungen im Bereich der Tabakkontrolle durchführt?

Mehrfachnennung möglich.

Meine Organisation ist nicht im Gesundheitsbereich tätig.
 Andere Organisationen übernehmen diese Aufgaben.
 Tabakkontrolle greift zu sehr in die Selbstbestimmung der Partner/innen meiner Organisation ein.
 Tabakkontrolle passt nicht zum Selbstverständnis meiner Organisation. Bitte nennen Sie einen oder mehrere Gründe dafür: (...)
 Weitere Gründe: (...)

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 14) Können Sie sich vorstellen, in der Zukunft Maßnahmen der Tabakkontrolle durchzuführen oder zu unterstützen?

Ja
 Nein

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 15) Die Durchführung welcher Maßnahmen der Tabakkontrolle bzw. deren Unterstützung können Sie sich in der Zukunft vorstellen?

Wir stellen Ihnen im Folgenden Maßnahmen zur Tabakkontrolle vor, die auf der Grundlage der Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammengestellt wurden.

Maßnahmen, die sich auf Individuen beziehen:

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Therapeutische Interventionen (z. B. Verhal-						

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
tenstherapie oder Gruppentherapie)						

Beratung (z. B. durch Ärztinnen, Ärzte oder Krankenpflegepersonal, auch telefonisch)

Bildung, Schulung und Training (z. B. gesundheitliche Aufklärung bei Zielgruppen oder als Teil von Lehrplänen im Schulunterricht)

Informationsmaterial und Selbsthilfe (z. B. Selbsthilfematerial am Arbeitsplatz oder Beratung zur Selbsthilfe)

Anreize, die zur Tabakprävention beitragen oder eine Tabakentwöhnung ermutigen (z. B. Geldleistungen, Gutscheine oder Wettbewerbe)

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Feedback über Biomarker zur Bestimmung der Nikotinaufnahme im Körper (als Motivation für die Tabakentwöhnung)						

Rückfallprävention (alle Interventionen mit dem Ziel der Stabilisierung einer bereits erreichten Tabakentwöhnung)

Nikotinersatztherapie (z. B. Kaugummi, Pflaster, Spray mit dem Ziel der Verminderung von Entzugserscheinungen)

Medikamente zur Förderung der Tabakentwöhnung (z. B. Vareniclin, Bupropion)

Alternative Hilfen zur Aufgabe des Tabakgebrauchs (z. B. Akupunktur, Akupressur oder Lasertherapie)

Maßnahmen, die sich auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen beziehen:

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Massenmediale						

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Kampagnen zur Tabakprävention und -entwöhnung						
Gesetze und Verbote (Rauchverbote im öffentlichen Raum oder darüber hinaus)						
Unterbinden aller Formen des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen, einschließlich des Schmuggels, der unerlaubten Herstellung und der Fälschung und damit im Zusammenhang stehende erforderliche Maßnahmen						
Elektronische Zigarette zur Unterstützung der Tabakentwöhnung						
Gestaltung der Verpackung von Tabakprodukten (wie z. B. gesundheitliche Warnhinweise oder standardisierte Verpackung)						
	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Prüfung und Messung der Inhaltsstoffe und Emissionen von Tabakerzeugnissen und Regelung bezüglich dieser Inhaltsstoffe und Emissionen						
Bekanntgabe von Angaben zu den Inhaltsstoffen und Emissionen von Tabakerzeugnissen gegenüber amtlichen Stellen und Veröffentlichung von Angaben über die toxischen Bestandteile der Tabakerzeugnisse und der Emissionen, die von ihnen ausgehen können						
Trainingsintervention für Apotheker und Apothekenmitarbeiter						
Schulung und Training						

	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
für Fachkräfte der Gesundheitsversorgung (zur Durchführung von Maßnahmen bei Zielgruppen)						
Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit im Zusammenhang mit der Umwelt im Hinblick auf den Tabakanbau und die Herstellung						
Förderung von wirtschaftlich realisierbaren Alternativen für Tabakarbeiter, Tabakanbauer und gegebenenfalls Einzelverkäufer	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Patientenbasierte finanzielle Interventionen zur Förderung der Tabakentwöhnung (z. B. zuzahlungsfreie Rezepte für Therapien)						
Anbieterbasierte finanzielle Interventionen zur Förderung der Tabakentwöhnung (z. B. Zulagen bei erfolgreicher Behandlung einer Tabakabhängigkeit)						
Entwicklung und Förderung von Forschung und Forschungs koordinierung auf dem Gebiet der Eindämmung des Tabakgebrauchs						
Regelmäßige Berichte über die Durchführung von Maßnahmen der Tabakkontrolle und damit im Zusammenhang stehende Themen, wie z. B. Einschränkungen oder Hindernisse bei der Durchführung						
Preisbezogene und steuerliche Interventionen (zur Preisgestaltung von Tabakprodukten)	Überhaupt nicht vorstellbar	Nicht vorstellbar	Eher nicht vorstellbar	Vorstellbar	Gut vorstellbar	Sehr gut vorstellbar
Interventionen zur Eindämmung von Werbung,						

Überhaupt nicht vorstellbar Nicht vorstellbar Eher nicht vorstellbar Vorstellbar Gut vorstellbar Sehr gut vorstellbar

Verkaufsförderung und Sponsoring (umfassende Verbote dieser Unternehmensaktivitäten der Tabakindustrie)

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 16) Gibt es zusätzliche Maßnahmen, die hier nicht vorkommen und die Ihrer Meinung nach für Ihre Organisation vorstellbar sind? (...)

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 17) Haben Sie noch eine Anmerkung zum Thema der Befragung oder möchten Sie noch etwas ergänzen, das nicht Teil der Befragung ist? (...)

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 18) Möchten Sie, dass wir Ihnen den Ergebnisbericht zu dieser Befragung zusenden?

Ja
Nein

(Frage 19) Dürfen wir Sie bei möglichen Rückfragen kontaktieren?

Ja
Nein

[Zurück](#)

[Weiter](#)

(Frage 20) Bitte geben Sie die E-Mail-Adresse an, unter der wir Sie kontaktieren können. (...)

[Zurück](#)

[Weiter](#)

Sie haben das Ende des Fragebogens erreicht.
Klicken Sie auf weiter, um den Fragebogen abzuschicken.

[Zurück](#)

[Weiter](#)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!