

**Zeitschrift:** SuchtMagazin  
**Herausgeber:** Infodrog  
**Band:** 43 (2017)  
**Heft:** 4

**Rubrik:** Fazit : ForschungsSpiegel von Sucht Schweiz

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 11.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Fazit. ForschungsSpiegel von Sucht Schweiz

## Finanzielle Anreize für den Rauchstopp bei Schwangeren – Effiziente Gesundheitsförderung oder schlechtes Investment?

**Die Schwangerschaft ist ein zentraler Moment in der Entwicklung des Kindes und entsprechend anfällig ist das noch ungeborene Kind auf Einflüsse wie etwa den Tabakkonsum seiner Mutter. Trotz der allgemein bekannten Risiken des Rauchens und der oft hohen Bereitschaft gelingt nicht allen schwangeren Frauen ein Rauchstopp. Eine Studie aus Schottland zeigt, dass finanzielle Anreize die Chancen für einen solchen Rauchstopp erhöhen können: Die Aussicht auf einen Rauchstopp war grösser, wenn den Frauen zusätzlich zur Standardbehandlung ein Gutschein zugesichert wurde, wenn sie nachweislich während der Schwangerschaft auf den Tabakkonsum verzichteten. Die praktische Umsetzung einer derartigen Massnahme im grossen Stil sieht sich jedoch mit Herausforderungen konfrontiert, etwa was die Akzeptanz der Massnahme betrifft, ihre Finanzierung sowie ethische Bedenken.**

### Quelle

Tappin, D./Bauld, J./Purves, D. et al. (2015): Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. British Medical Journal 350: h134.

### Einleitung

Rauchen in der Schwangerschaft gefährdet neben der Gesundheit der werdenden Mutter auch das Wohl des ungeborenen Kindes. Es führt zu einem geringeren Geburtsgewicht des Kindes, einem höheren Risiko für Frühgeburten und kann darüber hinaus auch langfristig negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes haben. Gelingt es jedoch, Frauen während der Schwangerschaft zum Rauchstopp zu bewegen, und bleiben diese im Anschluss rauchfrei, kann man sowohl ihnen als auch den Kindern mögliche schwerwiegende gesundheitliche Schäden ersparen, einerseits weil die Risiken vor der Geburt und während der Stillzeit reduziert werden und andererseits weil Kinder nichtrauchender Mütter weniger Passivrauch ausgesetzt sind. Etwa drei von vier Frauen haben im Laufe ihres Lebens eigene Kinder und die Schwangerschaft bietet eine gute Gelegenheit, das eigene Rauchverhalten zu überdenken und gegebenenfalls mit dem Rauchen aufzuhören. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass bis zu 45% aller rauchenden Frauen zu Beginn der Schwangerschaft ihren Tabakkonsum beenden, was mehr ist als in jeder anderen Lebensphase.<sup>1</sup>

Zudem liegen Schwangerschaften in der ersten Lebenshälfte und entsprechend erfolgt ein Ausstieg noch zu einem Zeitpunkt, bevor irreversible Schäden verursacht wurden bzw. wahrscheinlich sind.<sup>2</sup>

### Hintergrund

Man könnte davon ausgehen, dass Hinweise auf gesundheitliche Gefahren für die werdende Mutter und das ungeborene Kind allein ausreichen, um bei der Mutter eine entsprechende Verhaltensänderung zu erzielen. Offensichtlich ist dies beim Konsum stark abhängigkeits erzeugender Substanzen jedoch nur eingeschränkt der Fall – und ein nicht unerheblicher Teil der schwangeren Frauen rauchen weiter. Der Tabakkonsum ist der wichtigste vermeidbare Faktor problematischer Ausgänge einer Schwangerschaft, darunter vorzeitige Plazentalösung, Fehlgeburt, Frühgeburt (weniger als 37 Wochen) und geringes Geburtsgewicht (weniger als 2500g). Frühgeburten sind ihrerseits Hauptursache für Todesfälle und Krankheiten bei Neugeborenen und ein geringes Geburtsgewicht steht in Zusammenhang mit Krankheiten im Erwachsenenalter.<sup>3</sup> Die bis anhin angewandten Massnahmen zur Reduzierung des Zigarettenkonsums bei schwangeren Frauen konzentrierten sich vorwiegend auf das Erteilen von Ratschlägen, Beratung, sozialer und zum Teil medikamentöser Unterstützung.<sup>4</sup> Insgesamt haben sich diese Massnahmen bei schwangeren Frauen jedoch als nicht sehr effektiv erwiesen.<sup>5</sup> Insbesondere blieb es eine Herausforderung, die Rauchenden überhaupt für die Teilnahme an diesen Massnahmen zu begeistern.<sup>6</sup>

Daher stellt sich die Frage, wie man Rauchende im Allgemeinen und rauchende Schwangere im Speziellen zusätzlich motivieren könnte, an Massnahmen zum Rauchstopp teilzunehmen und mit dem Rauchen aufzuhören. Als mögliche Motivatoren erscheinen finanzielle Anreize besonders geeignet, da Geld für viele einen Anreiz darstellt, praktischerweise auch dann, wenn bereits ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Der Gedanke liegt daher nahe, Geld auch als Anreiz zur Förderung gesunden Verhaltens einzusetzen – nicht zuletzt auch, weil bei einer erfolgreichen Intervention zukünftig geringere Gesundheitskosten anfallen.

### Studie in Schottland mit finanziellen Anreizen bei Rauchstopp

Tappin und Kollegen (2015) untersuchten die Wirksamkeit finanzieller Anreize im Rahmen von Rauchstopp-Programmen für Schwangere in Schottland anhand einer Stichprobe von insgesamt 612 zum Zeitpunkt der Ersterhebung rauchenden Schwangeren vor der 24. Schwangerschaftswoche. Die Studie war in den Rauchstopp-Service des National Health Service NHS eingebettet, der die Kontaktdaten aller Frauen erhält, die im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge angaben, gegenwärtig zu rauchen. Um an der Studie teilnehmen zu können, mussten die Frauen einen bestimmten Grenzwert ( $\geq 7$  ppm Kohlenmonoxid) bei einem Atemtest überschreiten. Dieser Vortest war wichtig, um Personen auszuschliessen, die zwar an der Belohnung interessiert waren, jedoch aktuell nicht rauchten. Die Teilnehmerinnen wurden im Anschluss zufällig einer Kontroll- und einer Interventionsgruppe zugewiesen. Sowohl die Kontrollgruppe wie auch die Interventionsgruppe erhielt die in der durchführenden Einrichtung übliche Intervention in Form eines Angebots für ein persönliches, einstündiges Gespräch zu den gesundheitlichen Folgen des Rauchens und Möglichkeiten des Rauchstopps. Zeigten die Teilnehmerinnen Interesse an einem Rauchstopp, wurde gemeinsam mit der Beratungsperson

ein Datum für den Rauchstopp festgelegt. Weiter wurden die Teilnehmerinnen zur Unterstützung beim Rauchstopp während vier Wochen wöchentlich telefonisch kontaktiert, auch wurden ihnen während 10 Wochen kostenlose Nikotinersatzprodukte zur Verfügung gestellt. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich finanzielle Anreize in Form von Einkaufsgutscheinen. Dabei erhielten die Teilnehmerinnen für das erste Gespräch und die Festlegung eines Rauchstopppdatums einen 50£ Gutschein, einen weiteren 50£ Gutschein für eine Rauchabstinenz nach 4 Wochen sowie einen 100£ Gutschein für eine Rauchabstinenz nach 12 Wochen und zuletzt einen 200£ Gutschein für Rauchabstinenz in der 34. bis 38. Schwangerschaftswoche. Insgesamt wurde eine vollständige Rauchabstinenz in der Schwangerschaft somit mit 400£ belohnt; dies entspricht zurzeit in etwa 500 CHF. Die Rauchabstinenz wurde dabei nicht einfach nur erfragt, sondern auch mit Speichel- und Urinproben überprüft; wo möglich wurden zusätzlich Blutproben genommen. Die objektive Überprüfung der Angaben der Teilnehmerinnen stellte dabei ein wesentliches Element der Intervention dar, da derartige Massnahmen nur dann wirklich erfolgversprechend sind, wenn die Rauchabstinenz wirklich überprüft werden kann und nicht nur auf eigenen, möglicherweise falschen, Angaben der Teilnehmerinnen basiert.

Insgesamt beendeten deutlich mehr Frauen in der Interventionsgruppe (n=69, 22.5%) als in der Kontrollgruppe (n=26, 8.6%) ihren Tabakkonsum und waren bis zum Ende der Schwangerschaft nicht rauchend. Entsprechend müsste man 7.2 Frauen diese Behandlung anbieten, damit durchschnittlich eine davon mit dem Rauchen aufhört. Die Erfolgsrate von 22.5% mag bescheiden klingen, bedeutet dies doch, dass mehr als drei Viertel der Teilnehmenden am Ende der Schwangerschaft noch rauchten. Vor dem Hintergrund, dass es nur wenigen gelingt, mit dem Rauchen aufzuhören und unter Berücksichtigung, dass die Intervention mit finanziellem Anreiz deutlich effektiver war als die Standardbehandlung, kann dieses Resultat jedoch als sehr gut angesehen werden.

Die Autoren selbst kommen zum Schluss, dass diese Form der Intervention gestützt durch finanzielle Anreize effektiver sei als die meisten bisher untersuchten verhaltenstherapeutischen oder medikamentösen Interventionen. Ein besonderer Vorteil der Verwendung finanzieller Anreize liegt zudem darin, dass diese auch werdende Mütter mit geringem sozioökonomischem Status ansprechen, eine Gruppe, die mit bestehenden Massnahmen bisher oft nur schwer und unzureichend erreicht werden konnte. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund interessant, dass der Tabakkonsum mit geringem sozioökonomischem Status assoziiert ist und einer der Hauptursachen für gesundheitliche Ungleichheiten zwischen reicheren und ärmeren Teilen der Bevölkerung ist.<sup>7</sup>

Das schottische Team erstellte ebenfalls eine Analyse zur Kosteneffektivität der Intervention<sup>8</sup> und kam zum Schluss, dass die Massnahme durchaus kosteneffizient ist, das heisst, dass die Kosten der Intervention zwar etwas höher sind als andere Rauchstopp-Interventionen, dank der grösseren Effektivität aber auch deutlich mehr Gesundheitskosten eingespart werden können. Wie bei allen Rauchstoppinterventionen ist die Kosteneffizienz jedoch davon abhängig, wie lange insgesamt nicht geraucht wird. Jedoch kann auch eine vorübergehende Rauchabstinenz während der Schwangerschaft bereits als Teilerfolg gewertet werden.

### Bisheriger Forschungsstand

Die Effektivität finanzieller Anreize wurde von Cahill und Kollegen auch im Rahmen einer Metaanalyse untersucht.<sup>9</sup> Die Autoren kamen zum Schluss, dass derartige Massnahmen

Rauchstoppraten verbessern können. Belege für die Effizienz wurden sowohl in Studien mit schwangeren Frauen als auch in Studien mit anderen Zielgruppen gefunden. Es fanden sich Hinweise darauf, dass die Effekte von finanziellen Anreizen auch nach dem Ende der Intervention noch bestehen bleiben. Insbesondere in den Studien mit schwangeren Frauen wurden, verglichen mit der Kontrollgruppe in der Interventionsgruppe, auch noch nach der Geburt höhere Abstinenzraten gefunden. Die Autoren schlussfolgerten jedoch, dass es namentlich in Bezug auf die langfristige Wirksamkeit weiterer Forschung bedarf.

In einer in dieser Metaanalyse verwendeten Studie mit einer gemischten Zielgruppe wurde Mitarbeitenden einer US-Firma, die an einem Rauchstoppprogramm teilnahmen, bei nachgewiesener Abstinenz nach 9 bzw. 12 Monaten 750 Dollar geboten. Diese Massnahme zeigte insgesamt eine gute Wirksamkeit und schien auch noch zu wirken, nachdem es keine Belohnung für das Nicht-Rauchen mehr gab. Die besagte Firma entschied sich dann aber entgegen der wissenschaftlichen Evidenz, stattdessen ein Strafsystem (620 Dollar pro Jahr für Rauchende) einzuführen, dessen Wirksamkeit jedoch nicht evaluiert wurde.<sup>10</sup>

Ein weiterer Ansatz bestand darin, die Studienteilnehmenden zuerst Geld hinterlegen zu lassen, das sie im Falle eines Rauchstopps wieder zurückerhielten. Dies scheint auch erfolgsversprechend zu sein, da die Teilnehmenden sehr motiviert waren, ihr Geld zurückzuerhalten. Hingegen war es deutlich schwieriger, Freiwillige zu finden, die bereit waren an einem solchen Programm teilzunehmen.<sup>11</sup>

### Bisherige Erfahrungen in der Schweiz

In der Schweiz wird seit 1994 im Rahmen des Rauchstopp-Wettbewerbs ([www.rauchstopp.ch](http://www.rauchstopp.ch)) grossflächig ein verwandtes Konzept in der Allgemeinbevölkerung angewendet. Rauchende können sich für diesen Wettbewerb anmelden und versuchen, während eines Monats nicht zu rauchen. Wer sich an die Vorgaben hält, bekommt die Gelegenheit, an einer Verlosung von einmal 5'000 CHF und zehnmal 500 CHF teilzunehmen. Zusätzlich wird im Rahmen des Programms eine Plattform zum Austausch mit anderen Teilnehmenden bereitgestellt. Im Unterschied zur zuvor vorgestellten Studie ist hier jedoch keine finanzielle Belohnung garantiert und es gibt keine objektive Kontrolle der Tabakabstinenz. Eine Nachbefragung sechs Monate nach dem Rauchwettbewerb des Jahres 2011 zeigte, dass zwei Drittel die einmonatige Rauchpause durchhielten. Ein Drittel der Teilnehmenden waren auch sechs Monate nach dem Wettbewerb noch rauchfrei und ein Teil der noch Rauchenden haben zumindest ihren Konsum reduziert.<sup>12</sup>

Etter und Schmid führten eine Studie zu finanziellen Anreizen zum Rauchstopp bei über 800 Teilnehmenden mit mittlerem oder niedrigem Einkommen ( $\leq 50'000$  CHF steuerbares Einkommen bei Einzelpersonen,  $\leq 100'000$  CHF bei verheirateten) im Raum Genf durch.<sup>13</sup> Alle Teilnehmenden erhielten dabei Broschüren zum Rauchstopp sowie Zugang zu einer Rauchstopp-Website. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich Geld für die nachgewiesene Rauchabstinenz nach 1, 2 und 3 Wochen sowie nach 1, 3 und 6 Monaten. Die Beträge stiegen dabei kontinuierlich an und für eine andauernde Abstinenz wurden 1500 Franken in Form von Migros Gutscheinen bezahlt. Die Abstinenz wurde dabei mittels biochemischer Verfahren verifiziert. Die Belohnungen zeigten ihre Wirkung: Bei jedem untersuchten Zeitpunkt waren in der Interventionsgruppe deutlich mehr Personen abstinent als in der Kontrollgruppe. Die Wirkung hielt auch noch 18 Monate nach Beginn der Intervention an, zu diesem Zeitpunkt waren 9.5% in der Interventionsgruppe und 3.7% in der Kontrollgruppe durchgängig abstinent.

## Akzeptanz

In anderen Studien wurde die generelle Akzeptanz finanzieller Anreize im Rahmen von Rauchstoppprogrammen für Schwangere untersucht.<sup>14</sup> Insgesamt ist die Akzeptanz von finanziellen Anreizen jedoch eher gering bis mittelmässig: So hielten in Australien nur 25% der befragten schwangeren Frauen derartige Anreize für akzeptabel, in einer weiteren Studie aus Grossbritannien waren es hingegen 40.5%. In einer Studie mit vergleichsweise besser gebildeten Teilnehmerinnen aus den USA waren es hingegen 63.6%. Im Rahmen dieser Studie wurde zudem versucht, diese Akzeptanz durch gezielte Information weiter zu steigern. Nach Erhalt dieser Informationen unterstützten 90.3% der Interventionsgruppe finanzielle Anreize für rauchende Frauen in der Schwangerschaft.<sup>15</sup> Viele der Befragten in dieser Studie hatten vor allem Bedenken, dass finanzielle Anreize für rauchende schwangere Frauen gegenüber nicht rauchenden Schwangeren unfair seien.

## Akzeptanz und mögliche Umsetzung in der Schweiz?

Für eine Umsetzung der oben beschriebenen Massnahmen in der Schweiz wäre es zentral, die Akzeptanz derartiger Massnahmen breit abzustützen. Hierfür bedarf es einer sehr vorsichtigen und umsichtigen Kommunikation. So sollte keinesfalls der Eindruck erweckt werden, dass es sich um eine pauschale Massnahme wie bei Krankenkassenverbilligungen für Nicht-Raucher, Normalgewichtige usw. handelt. Bei der hier präsentierten Methode geht es um eine medizinisch kontrollierte Intervention, die zudem keineswegs als alleinige Massnahme eingesetzt werden sollte, sondern stets als Ergänzung zu einer bewährten Standardbehandlung (Beratung, eventuell Nikotinersatzprodukte). Zudem müssten die Kosten in einen grösseren Kontext gesetzt werden. So können zum Beispiel die Kosten für die Belohnungen mit den Kosten für möglicherweise notwendige Behandlungen als Folge des Tabakkonsums verglichen werden, etwa der aufwendigen Betreuung eines frühgeborenen Kindes.

Während aus internationalen Studien bereits bekannt ist, dass finanzielle Anreize bei Schwangeren durchaus wirksam sind, wäre eine Bestätigung dieser Resultate in einer Schweizer Studie wünschenswert. Sollten sich dabei auch für die Schweiz gute Ergebnisse finden lassen, könnte man über einen vermehrten Einsatz dieses Konzepts nachdenken. Entscheidend hierfür wäre, wie gut die Massnahme in der Bevölkerung aber auch beim medizinischen Fachpersonal akzeptiert wäre und wer schlussendlich die Finanzierung übernehmen würde. Zu beachten wäre ferner, dass die Ergebnisse der zuvor diskutierten Studie von Tappin und Kollegen<sup>16</sup> auf Massnahmen in Schottland basieren, wo medizinische Behandlungen für die Einwohner «kostenlos» sind und direkt über die Steuern bezahlt werden.<sup>17</sup> Demgegenüber wäre eine Umsetzung derartiger finanzieller Anreize im Rahmen einer Forschungsstudie in einem individualistischen Gesundheitssystem, wie es die Schweiz kennt, kaum zu bewerkstelligen. Hier bleiben zahlreiche Fragen offen: Könnte man die Krankenkassen dafür gewinnen, entsprechende Anreize

zu bezahlen, etwa indem eine Kostenstelle für finanzielle Anreize geschaffen würde? Könnten die Krankenkassen auf freiwilliger Basis ihren Patientinnen entsprechende Belohnungen bezahlen? Derartige Finanzierungsmodelle wären zwar nicht undenkbar, bräuchten aber sicher sehr viel Überzeugungsarbeit. Wie bei fast allen Massnahmen im Bereich Tabakprävention böte sich natürlich die Finanzierung über die Tabaksteuern an, entweder im Rahmen der bestehenden Abgaben für die Prävention oder in Form einer zusätzlichen Steuer.

Diese Überlegungen zeigen, dass finanzielle Anreize zum Rauchstopp bei Schwangeren zwar viel Potential bieten, die praktische Umsetzung aber eine Herausforderung darstellt. Es reicht eben nicht, wenn eine Behandlung wirksam und kosteneffizient ist. Für eine grossflächigere Anwendung bedarf es vieler Vorarbeit und gesundheitspolitischer Überzeugungsarbeit. Angesichts der nachgewiesenen Wirksamkeit und Kosteneffizienz scheinen finanzielle Anreize in Kombination mit bewährten Standardbehandlungen ein vielversprechender Ansatz zu sein, um die Chancen auf einen erfolgreichen Rauchstopp während der Schwangerschaft und darüber hinaus zu erhöhen.

**Simon Marmet, Sandra Kuntsche, Sucht Schweiz, fazit@suchtschweiz.ch**

### Literatur

- Boyd, K.A./Briggs, A.H./Bauld, L./Sinclair, L./Tappin, D. (2016): Are financial incentives cost-effective to support smoking cessation during pregnancy? *Addiction* 111(2): 360-370.
- Cahill, K./Hartmann-Boyce, J./Perera, R. (2015): Incentives for smoking cessation. *The Cochrane Library*.
- Etter, J.T./Schmid, F. (2016): Effects of large financial incentives for long-term smoking cessation: a randomized trial. *Journal of the American College of Cardiology* 68(8): 777-785.
- Lumley, J./Chamberlain, C./Dowswell, T./Oliver, S./Oakley, L./Watson, L. (2009): Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *The Cochrane Library*.
- Krebs, H. (2012): Rauchstopp-Wettbewerb 2011. Evaluationsstudie mit telefonischer Nachbefragung der Teilnehmenden im Januar 2012. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz.
- Wen, X./Higgins, S.T./Xie, C./Epstein, L.H. (2016): Improving public acceptability of using financial incentives for smoking cessation during pregnancy: a randomized controlled experiment. *Nicotine & Tobacco Research* 18(5): 913-918.

### Endnoten

- 1 Vgl. Lumley et al. 2009.
- 2 Vgl. Tappin et al. 2015.
- 3 Vgl. Lumley et al. 2009.
- 4 Vgl. ebd.
- 5 Vgl. Tappin et al. 2015.
- 6 Vgl. Boyd et al. 2016.
- 7 Vgl. Lumley et al. 2009.
- 8 Vgl. Boyd et al. 2016.
- 9 Vgl. Cahill et al. 2015.
- 10 Vgl. ebd.
- 11 Vgl. ebd.
- 12 Vgl. Krebs 2012.
- 13 Vgl. Etter/Schmid 2016.
- 14 Vgl. Wen et al. 2016.
- 15 Vgl. ebd.
- 16 Vgl. Tappin et al. 2015.
- 17 Vgl. Boyd et al. 2016.