

Projektauftrag Nr. 15.004444 / 240.0007 / -12

Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen

Synthesebericht der Expertengruppe

Larissa J. Maier

Corina Salis Gross

Finanziert durch den Schweizer Tabakpräventionsfonds und das Bundes-
amt für Gesundheit (Sektion Tabak)

Zürich, November 2015

ISGF-Bericht Nr. 360

Inhaltsverzeichnis

1	Executive Summary	5
2	Einleitung	8
2.1	Ausgangslage	8
2.2	Relevanz der Prävention des Tabakkonsums.....	8
2.3	Das Konzept der Benachteiligung im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten	9
2.4	Fragestellung und Zielsetzung des Pilotprojekts	11
2.5	Aufbau des Syntheseberichts	12
3	Methodisches Vorgehen	14
3.1	Systematische Literaturrecherche.....	14
3.2	Konstitution und Rolle der Gruppe von Expertinnen und Experten	17
3.3	Einschluss von zusätzlicher Literatur auf Basis von Projektberichten	18
3.4	Synthese der Ergebnisse.....	18
4	Ergebnisse der Literaturrecherche	19
4.1	Barrieren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen	19
4.2	Projekte der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen in der Schweiz	22
4.2.1	Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen auf europäischer Ebene	25
4.3	Übersichtsarbeiten und relevante Richtlinien zu Tabak und gesundheitlichen Ungleichheiten.....	26
4.4	Ebene I: Effektivität von unterstützenden Angeboten der Tabakprävention (Verhinderung des Einstiegs, Ausstieg und Rückfallprävention).....	28
4.4.1	Verhinderung des Einstiegs.....	28
4.4.2	Psychologische Interventionen auf Ebene des Individuums	29
4.4.3	Gruppeninterventionen und Mehrwert bestehender sozialer Netzwerke	33
4.4.4	Webbasierte Rauchstoppinterventionen	35
4.4.5	Relevanz von Nikotinersatzprodukten und die Diskussion zu E-Zigaretten	38
4.5	Ebene II: Effektivität von politischen Massnahmen der Tabakprävention	39
4.5.1	Erhöhung von Zigarettenpreis und Tabaksteuer	39
4.5.2	Einführen und Ausweiten von Rauchverboten.....	40
4.5.3	Beschränkungen im Verkauf an Minderjährige.....	42
4.5.4	Medienkampagnen und Veränderung der sozialen Normen.....	43
4.5.5	Warnhinweise.....	45

5	Diskussion relevanter Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen	46
5.1	Zugang, Akzeptanz und Wirksamkeit.....	46
5.2	Akteure, Strategien und Vermittlungsinstanzen	47
5.3	Bestehende Lücken bei der Bestimmung der Erfolgsfaktoren	49
6	Schlussfolgerungen und abschliessende Empfehlungen	51
6.1	Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen	51
6.2	Strategische Überlegungen zur Sicherung der Chancengleichheit	53
6.3	Empfehlungen für die Praxis und Projektarbeit.....	54
6.4	Fazit und Ausblick	56
7	Literaturverzeichnis	58
Anhang A: Projekte Schweiz und Europa		66

Danksagung für die Mitarbeit der involvierten Expertinnen und Experten

Die Erarbeitung dieses Forschungsberichts geschah unter Einbeziehen einer Gruppe von Expertinnen und Experten, die selber in der Praxis mit benachteiligten Gruppen zusammen arbeiten oder sich im Rahmen ihrer Forschungsarbeit bereits seit Längerem mit dem Thema beschäftigen. Für die Teilnahme an zwei Diskussionsrunden zur Berichtsplanung und für Rückmeldungen nach Fertigstellung des Berichts möchten wir uns recht herzlich bei den nachfolgend aufgelisteten Expertinnen und Experten bedanken:

Fredy Bihler, Stellvertretender Geschäftsführer Caritas St. Gallen - Appenzell

Marie-Louise Ernst, Projektleiterin Sucht Schweiz, Lausanne

Bülent Kaya, Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter Schweizerisches Rotes Kreuz

Myriam Pasche, Leiterin CIPRET, Vaud

Emine Sariaslan, Präsidentin des Forums für die Integration der Migrantinnen und Migranten

1 Executive Summary

Ausgangslage: Tabakkonsum gehört zu den wichtigsten Ursachen für verminderte Lebensqualität und verfrühte Mortalität. In den letzten Jahren haben sich verschiedene Strategien und Massnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums in Europa als erfolgreich erwiesen, wobei diese hauptsächlich Erfolge bei mittleren und oberen Einkommensschichten verzeichnen konnten. Unterschiede im Zugang zu Angeboten der Tabakprävention und fehlende Gesundheitskompetenz bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen können bereits bestehende soziale Ungleichheiten vergrössern. Sowohl auf politischer Ebene als auch bei der Planung von spezifischen Interventionen soll daher die Chancengleichheit als wichtiger Aspekt einfließen, um zu verhindern, dass gesundheitliche Ungleichheiten sowie damit verbundene Beeinträchtigungen in den benachteiligten Gruppen grösser werden. Die Benachteiligung einer Bevölkerungsgruppe kann sich aus materiellen, strukturellen, psychosozialen, verhaltensbezogenen oder kulturellen Faktoren ergeben, wobei immer mehrere Faktoren zusammenwirken und der sogenannte sozioökonomische Status (Bildung, Berufsstatus, Einkommen und Vermögen) als vertikale Benachteiligungsdimension am Wichtigsten ist und sich mit weiteren horizontalen Benachteiligungsdimensionen (wie z.B. Gender, Migration) kreuzt.

Zielsetzung: Ziel des Pilotprojekts war die Bestimmung der Erfolgsfaktoren von Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen, basierend auf der wissenschaftlichen Literatur der vergangenen ca. fünf Jahre sowie dem Erfahrungswissen einer interdisziplinären Expertengruppe. Das Zusammenführen von bestehendem Wissen zur Primär- und Sekundärprävention des Tabakkonsums bei benachteiligten Gruppen soll zur Sicherung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Der vorliegende Bericht dient als Grundlage für die strategische Orientierung und für die Planung konkreter Projekte, um die Partnerinnen und Partner des Nationalen Programms Tabak in der Verwirklichung der Chancengleichheit zu unterstützen. Der Fokus liegt dabei auf Kriterien zur Etablierung von strategischen und operativen Zielsetzungen, möglichen Interventionsformen und Methoden.

Methodik: Um Erfolgsfaktoren für die Prävention des Tabakkonsums bei benachteiligten Gruppen zu identifizieren wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, die Studien und Übersichtsartikel umfasste, die zwischen 2010 und 2015 publiziert wurden. Um die Richtung der Literaturrecherche abschliessend zu bestimmen, wurde das geplante Vorgehen vorweg im Rahmen eines Treffens mit Expertinnen und Experten für sozioökonomische Benachteiligung in der Schweiz diskutiert. Des Weiteren wurden Projektberichte von verschiedenen nationalen Projekten zusammengetragen, die sich mit der Chancengleichheit und Gesundheitskompetenz von benachteiligten Gruppen befassten und demnach Aufschluss über mögliche Erfolgsfaktoren geben konnten. Das Einbeziehen von kürzlich erschienenen internationalen Grundlageberichten und Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation oder der Europäischen Kommission, die sich mit Fragen der Tabak-

prävention und sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung beschäftigten, bot einen weiteren wichtigen Mehrwert.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche und die Expertenmeinungen konnten zeigen, dass nicht alle Massnahmen der Tabakprävention, die auf Bevölkerungsebene erfolgreich sind, gleichsame Effekte bei benachteiligten Gruppen bewirken konnten. Interventionen auf strategischer Ebene, die eine Erhöhung der Zigarettenpreise oder Tabaksteuer beinhalteten, führten zwar zu einer Reduktion des Tabakkonsums in der Zielgruppe, lassen aber sozioökonomische Ungleichheiten nicht unbedingt verschwinden und können zusätzlich den Stress und den finanziellen Druck bei Personen in benachteiligten Gruppen erhöhen, die das Rauchen nicht aufgeben wollten oder konnten. Die Einschränkung der Verfügbarkeit von Zigaretten zeigte zudem in bestimmten Zusammenhängen keine Reduktion des Tabakkonsums oder sozialer Ungleichheiten. Die einzige diesbezüglich als wirkungsvoll bewertete Massnahme im Blickwinkel der Regulierung stellt das strikte Rauchverbot dar. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Strategien zur Schaffung von rauchfreien Zonen bei benachteiligten Gruppen zu fördern. Eine rauchfreie Umgebung trägt zur Etablierung des Schutzes vor Passivrauchen bei und bewirkt einen Normenwandel. Das Nutzen von bestehenden sozialen Netzwerken hat sich als weiterer wichtiger Erfolgsfaktor der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen qualifiziert. Nach Möglichkeit sollten Akteure dieser Netzwerke im Setting bereits bei der Projektplanung einbezogen werden. Auch multimediale Interventionen, die solche Akteure einbeziehen und niederschwellig verbreitet werden können, sind erfolgsversprechend. Dabei sind vor allem persönliche Geschichten relevant, mit denen sich benachteiligte Gruppen identifizieren können und die ein breites Publikum erreichen. Die effektive Wirksamkeit von Medieninterventionen kann jedoch kaum empirisch bestätigt werden. Auch verschiedene Interventionen auf Ebene des Individuums, wie die kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit einer Pharmakotherapie und Rückfallprävention, sind erfolgreich um den Tabakkonsum und gesundheitliche Ungleichheiten in benachteiligten Gruppen zu reduzieren. Analog zu Gruppeninterventionen der Tabakprävention ist auch hier der Erfolg verbunden mit einer zielgruppenspezifischen Auslegung der jeweiligen Intervention. Die Regelangebote in der Beratung sind entsprechend zu öffnen. Die aufsuchende Arbeit direkt im Setting der benachteiligten Gruppe trägt dazu bei, die Akzeptanz dieser Angebote erhöhen. Die Nutzung und Effektivität der telefonischen Rauchstopplinien und webbasierten Angebote der Unterstützung beim Rauchstopp oder Wissensvermittlung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von benachteiligten Gruppen zeigen vielversprechende Effekte, wobei der evidenz-basierte Nachweis der Effektivität der Interventionen noch weitgehend fehlt. Diese Lücke kann jedoch durch Erfahrungswerte aus der Projektarbeit zumindest teilweise geschlossen werden. Für die Sensibilisierung einer benachteiligten Gruppe für die Gefahren des Tabakkonsums mit dem Ziel der Verhinderung des Raucheinstiegs sind auch diese Angebote der Regelversorgung und Projekte noch weiter zu öffnen. Unterstützende Instrumente in Form von Checklisten, Erfahrungsberichten und anderen Tools liegen bereits vor. Während in den Schulen bereits eine breite Erreichbarkeit gegeben und teilweise auch eine Sensibilisierung für Anpassungen bei benachteiligten Subgruppen da ist, ist bei Angeboten für Erwachsene noch grosser Bedarf ersichtlich.

Schlussfolgerungen: Benachteiligte Gruppen sollen nach Möglichkeit bereits im frühen Stadium der Strategie- und Projektplanung der Tabakprävention identifiziert und partizipativ einbezogen werden (z.B. via Interessenvertretung). Dies eröffnet sogleich die Gelegenheit zur Nutzung von bestehenden sozialen Netzwerken, die sowohl Motivation als auch Aufrechterhaltung einer Verhaltensänderung positiv unterstützen. Die operative Umsetzung von Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen profitiert von beziehungsgeliteten Peer-Ansätzen und settingspezifischen Ansätzen und kann auch niederschwellig im Rahmen eines themenfremden Projekts umgesetzt werden. Auch bei wenigen Ressourcen von benachteiligten Gruppen soll im Sinne eines *Empowerments* stets auf vorhandene Ressourcen der betreffenden Gruppe fokussiert werden. Der kostenlose oder sehr kostengünstige Zugang zu Angeboten der Tabakprävention ist höchst relevant für die Nutzung durch benachteiligte Gruppen. Insbesondere Massnahmen auf Systemebene, wie die Öffnung der Regelversorgung (auch für weitere gesundheitliche Belange), tragen substantiell zur Sicherung der Chancengleichheit von benachteiligten Gruppen bei. Auch für Angebote in Settings, welche bereits auch benachteiligte Subgruppen einschliessen (wie z.B. Primärprävention in Schulen), sind statt zielgruppenspezifischer zusätzlicher Angebote eher Anpassungen im Hinblick auf Benachteiligungsdimensionen der Subgruppen und ihrer Eltern vorzunehmen. Hier liegen ebenfalls bereits Instrumente vor, die diesen Prozess unterstützen. Analoge Schlussfolgerungen und Empfehlungen liegen auch für die Alkoholprävention oder die Förderung eines gesunden Körpergewichts bei benachteiligten Gruppen vor.

Schlüsselwörter: Tabak, Prävention, Rauchstopp, Reduktion des Tabakkonsums, Verhinderung und Verzögerung des Raucheinstiegs, benachteiligte Gruppen, Chancengleichheit, Förderung der Gesundheitskompetenz, gesundheitliche Ungleichheit

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage

Die Prävalenz des Tabakkonsums in sozial und ökonomisch benachteiligten Gruppen ist deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung und ein Rauchstopp erfolgt vergleichsweise seltener. Dies kann bei diesen Gruppen zu zusätzlichen Beeinträchtigungen der Gesundheit und zur Vergrößerung von bereits bestehenden sozialen Ungleichheiten führen. Um die Sicherung der gesundheitlichen Chancengleichheit in der Schweiz zu gewährleisten, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) über den Tabakpräventionsfonds ein Pilotprojekt finanziert, das die Frage nach wirksamen Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen aufgreift. Mit Tabakprävention wird nicht nur die Veränderung eines bestehenden Suchtverhaltens (Sekundärprävention) verstanden, sondern auch Strategien zur Verhinderung des Raucheinstiegs und zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Die Koordination der Projektdurchführung mitsamt Einberufen einer Gruppe von Expertinnen und Experten oblag Frau Laure Curt vom BAG. Der vorliegende Synthesebericht enthält die ausführlichen Ergebnisse einer umfangreichen Literaturrecherche zu Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen, ergänzt durch die Erfahrungen einer ExpertInnengruppe.

2.2 Relevanz der Prävention des Tabakkonsums

Weltweit gilt der Tabakkonsum als grösstes verhaltensbezogenes Gesundheitsrisiko und wird mit der höchsten Anzahl an vermeidbaren Todesfällen assoziiert (World Health Organization, 2009). In der Schweiz werden jährlich 9,000 tabakbedingte Todesfälle verzeichnet, wobei Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen und Erkrankungen der Atemwege zu den Hauptursachen der Mortalität zu zählen sind (Bundesamt für Statistik, 2009). Auch wenn generell eine Abnahme des Tabakkonsums zu beobachten ist, raucht in Europa und in der Schweiz immer noch ein Viertel der Bevölkerung, obschon der Anteil an täglich Rauchenden über die letzten Jahre hinweg stetig abgenommen hat (European Commission, 2014; Gmel, Kuendig, Notari, & Gmel, 2014). Um den Anteil der rauchenden Bevölkerung und die damit verbundenen Risiken zu reduzieren, wurden in den letzten Jahren verschiedentlich Massnahmen für die Prävention des Tabakkonsums entwickelt. Diese Massnahmen haben zum Ziel, den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren, das Bewusstsein hinsichtlich Schädlichkeit des Tabakkonsums zu schärfen und gleichzeitig Nichtraucherinnen und Nichtraucher vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Passivrauch zu schützen.

Eine wichtige Grundlage zur weltweiten Eindämmung des Tabakkonsums bildet die Tabakkonvention der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die am 27. Februar 2005 in Kraft getreten ist und weltweit von 168 Staaten unterzeichnet sowie von 180 Staaten ratifiziert wurde (Stand 31.05.2015). Im Rahmen dieser WHO-Tabakkonvention haben sich die partizipierenden Länder, darunter auch die Schweiz, dazu verpflichtet, sowohl auf Ebene von Angebot als auch auf Ebene der Nachfrage

von Tabakprodukten aktiv zu werden und Massnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums umzusetzen. Um die einzelnen Länder in der Umsetzung der Konvention zu unterstützen, wurde von der WHO das Paket MPOWER erarbeitet, das sich aus folgenden effektiven Massnahmen zur Tabakprävention zusammensetzt: 1) Monitoring des Tabakkonsums und Präventionsmassnahmen, 2) Schutz vor Passivrauchen, 3) Angebote zur Unterstützung des Rauchstopps, 4) Warnungshinweise zur Gefährlichkeit des Tabakkonsums, 5) Verbote von Tabakwerbung und Sponsoring und 6) Erhöhung der Tabaksteuer (World Health Organization, 2008). Eine weitere Regulierung des Tabakkonsums wurde durch die neu überarbeitete Tabakrichtlinie der Europäischen Union verabschiedet (Europäische Union, 2014). In dieser Richtlinie werden Massnahmen zur Qualitätssicherung der legitimen Inhaltsstoffe in herkömmlichen Zigaretten und neuen Tabakprodukten wie E-Zigaretten, zur Darstellung von gesundheitsrelevanten Warnhinweisen und zur Umsetzung des Verbots von irreführenden, verkaufsfördernden Werbeelementen festgehalten (Europäische Union, 2014). Zurzeit arbeitet die Europäische Union detaillierte Vorschriften für die einzelnen Bereiche, um die Umsetzung in den Mitgliedsstaaten, die innert zwei Jahren erfolgen soll, zu vereinfachen.

2.3 Das Konzept der Benachteiligung im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten

Die Grundsätze der Tabakprävention erscheinen auf den ersten Blick verständlich und gut anwendbar. Allerdings gibt es in der Bevölkerung bestimmte benachteiligte Gruppen, die durch bestehende Angebote der Tabakprävention nicht erreicht werden oder sich nicht davon angesprochen fühlen (World Health Organization, 2008). Auch wenn früher benachteiligte Gruppen häufig als schwer erreichbar galten, soll an dieser Stelle vermerkt werden, dass die schwere Erreichbarkeit heutzutage kein eindeutiger Indikator für Benachteiligung mehr darstellt und durchaus auch auf sozial gut gestellte Personen mit gutem Gesundheitszustand anwendbar ist. Die Benachteiligung dieser Gruppen ergibt sich nun also viel mehr aus mangelhaftem Gesundheitsbewusstsein und riskantem Gesundheitsverhalten wie beispielsweise dem Rauchen, das von der betreffenden Gruppe teilweise nicht als problematisch wahrgenommen wird und allenfalls als soziale Norm in dieser Gruppe gilt, ohne hinterfragt zu werden. Ungleichheiten können auch bestehen bleiben, wenn soziale Normen sich bereits im Wandlungsprozess befinden, die Umsetzung in entsprechendes Verhalten jedoch aufgrund struktureller oder sozialer Barrieren nicht gelingt. Im Folgenden wird stets auf spezifische Benachteiligungen verwiesen, da das Konzept der Vulnerabilität, wenn auch viel zitiert, theoretisch nur unzureichend bestimmt ist (Biller-Andorno, Clarinval, & Ganguli Mitra, 2015). Da kein Konsens besteht hinsichtlich Reichweite oder Ursachen der Vulnerabilität und der Begriff häufig auf Ebene des Individuums als erhöhtes Risiko, ausgebeutet zu werden, definiert wird (Biller-Andorno et al., 2015), wird im vorliegenden Bericht von der Verwendung dieser Terminologie abgesehen.

Auch das Konzept der Benachteiligung als Konsequenz von Ungleichheit (Stamm & Lamprecht, 2009) befindet sich in einem stetigen Wandel und ist nur schwer mit objektiven Ansatzpunkten zu beschreiben, was die Definition einer benachteiligten Gruppe ungemein erschwert. Das klassische Schichtmodell, das die Bevölkerung anhand der Faktoren Bildung, Beruf und Einkommen in ver-

schiedene Schichten einteilt und anhand dieser Einteilung soziale Ungleichheit abschliessend zu erklären gedachte, ist alleine für sich genommen nicht mehr ausreichend (Lamprecht, König, & Stamm, 2006). Dieses Modell alleine wird der Komplexität der Ungleichheitsstruktur in hoch entwickelten Gesellschaften nicht mehr gerecht, da es gegenwärtigen Entstrukturierungs- und Individualisierungsprozessen nicht genügend Rechnung trägt (Lamprecht et al., 2006). Lamprecht, König und Stamm (2006) verweisen zudem auf sogenannte „neue“ laterale soziale Ungleichheiten die anhand der Indikatoren wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Familienstand, Lebenssituation sowie Einbettung in soziale Netzwerke gemessen werden können. Häufig ist eine Kombination verschiedener Ungleichheitsdimensionen dafür verantwortlich, dass eine benachteiligte Gruppe keinen oder lediglich ungenügenden Zugang zum Gesundheitssystem oder zu Angeboten der Prävention hat. Dies wird heute auch in der Sucht- und Präventionsarbeit (vgl. Pfister 2014) mit dem ursprünglich aus der Genderforschung übernommenen Konzept der „Intersektionalität“ (vgl. z.B. Becker-Schmidt (2007) begrifflich gefasst, womit es die Verschränkung verschiedener Ungleichheit und Benachteiligung generierender Strukturkategorien analytisch zugänglich macht. Vertikale Ungleichheitsmerkmale wie sozioökonomischer Status kreuzen sich in dieser Sicht mit horizontalen Ungleichheitsmerkmalen wie die oben genannten Indikatoren Geschlecht, Alter oder Wohnsituation etc. Die Erreichbarkeit einer Gruppe kann auch durch andere Aspekte erschwert sein und muss nicht mit sozioökonomischer Benachteiligung kombiniert sein. Soom Ammann und Salis Gross (2011) nennen dafür einige Beispiele aus dem Feld der Gesundheitsförderung im Alter: soziale Isolation, räumliche Isolation, eingeschränkte Mobilität, gesellschaftliche Marginalisierung (z. B. Obdachlosigkeit, unkonventionelle Lebensweisen), psychogeriatrische Beeinträchtigung (Demenz, Vergesslichkeit, Angstzustände, Depression o.ä.), hohe zeitliche Belastung durch Pflegeverpflichtungen gegenüber Angehörigen sowie eine bewusst gewählte Unerreichbarkeit (ausgeprägter Individualismus, Desinteresse). Für die Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit werden sowohl materielle/strukturelle als auch psychosoziale und verhaltensbezogene/kulturelle Faktoren beigezogen (Richter, Ackermann, & Moor, 2013). Diese Aspekte werden nachfolgend aufgenommen, um die Fragestellung des vorliegenden Berichts im Hinblick auf relevante Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen zu formulieren.

Die Prävalenz des Tabakkonsums unterscheidet sich in Abhängigkeit der oben genannten Indikatoren. Verschiedentlich haben Massnahmen der Tabakprävention in Europa Erfolge verzeichnet, wobei sich diese häufig auf Personengruppen mit mittlerem oder hohem Einkommen beschränkt haben, was dazu geführt hat, dass die bestehenden Ungleichheiten sogar noch vergrössert wurden (World Health Organization, 2014). In einkommensstarken Ländern verhält sich die Prävalenz des Tabakkonsums umgekehrt proportional zum sozialökonomischen Status (World Health Organization, 2008). So zeigte auch eine Studie basierend auf Daten des Schweizer Tabakmonitorings (die jedoch noch auf einen geringen Gesamtanteil an Personen mit tiefem SES zurückgreifen konnte), dass Personen mit tiefem Bildungsniveau und/oder tiefem Einkommen teilweise weniger erfolgreich waren bei der Umsetzung eines Rauchstopps und bei anfänglichem Erfolg schneller wieder rückfällig wurden (Marti, 2010). Limitiertes Wissen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums und riskante Gesundheitsverhaltensweisen können die Gesundheit der Personen

solcher benachteiligten Gruppen stark beeinträchtigen. Demnach interessieren im Folgenden auch Massnahmen der Tabakprävention, die auf die Förderung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der benachteiligten Gruppen abzielen. Dabei steht im Vordergrund, dass die benachteiligten Gruppen Wissen erwerben, das sie anschliessend zur Einschätzung der Risiken des Tabakkonsums befähigt (Stärkung der funktionellen Gesundheitskompetenz), und dass sie dieses Wissen in adäquater Form interaktiv verarbeiten und umsetzen können im Sinne einer Stärkung der interaktiven Gesundheitskompetenz (Nutbeam, 2000, 2008). Das Erlernen der kritischen Gesundheitskompetenz zur Beurteilung von neuwertigen Umständen und Veränderungen kann ebenfalls als Interventionsziel anvisiert werden (Nutbeam, 2000). Solche Interventionen können hilfreich sein, wenn die benachteiligte Gruppe grosse Bildungslücken aufweist. Bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgrund von psychischen Störungen oder medizinischen Ursachen muss hingegen abgewogen werden, ob das Erlernen einer Gesundheitskompetenz überhaupt realistisch erscheint. Allerdings kann sich ein verbessertes Selbstmanagement auch bei Personen mit chronischen Erkrankungen positiv auf deren Gesundheit auswirken und gleichzeitig helfen, Ungleichheiten zu reduzieren. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von benachteiligten Gruppen ist auch auf gesellschaftlicher Ebene relevant, um die Kosten der Gesundheitsversorgung im Gleichgewicht zu halten und eine gute Lebensqualität für die Bevölkerung zu gewährleisten (Nutbeam, 2008).

Die nationale Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention hat zum Ziel, dass die gesamte Bevölkerung gleichsam Zugang hat zu Institutionen und unterstützenden Angeboten des Gesundheitswesens. Die Chancengleichheit (Bundesverfassung Art. 2) gilt als Grundprinzip unserer Gesellschaft und soll bestmöglich gewährleistet werden, damit sich jeder Mensch im Rahmen seiner Möglichkeiten entwickeln kann. Lamprecht, König und Stamm (2006) kategorisierten die „gesundheitliche Ungleichheit, die sich aus den sozialen Merkmalen einer Person ergibt [als] Verstoss gegen das Chancengleichheitspostulat.“ Eine Bedarfsanalyse zum Leistungsangebot im Suchtbereich vom IUMSP und Sucht Schweiz brachte jedoch hervor, dass das bestehende Angebot zur Behandlung von Suchterkrankungen in der Schweiz nur wenige Lücken aufweist (Luyet et al., 2014). Dennoch wird festgehalten, dass speziell Personen mit Migrationshintergrund, sozial sehr schlecht integrierte Personen und Gefängnisinsassen vom Hilfesystem häufig nur ungenügend erreicht werden (Luyet et al., 2014). Die Autoren appellieren an ein vernetztes und durchlässiges Suchthilfesystem und verweisen auf die Chancen von Internetplattformen, die Bevölkerungsgruppen zu erreichen vermögen, die von den herkömmlichen Angeboten nicht abgedeckt werden. Angebote der Tabakprävention für geschlossene Umgebungen wie die stationäre Behandlung oder Gefängnisse mit Hinblick auf die Sensibilisierung des Personals oder der behandelnden Ärzte gelten noch als verbesserungsfähig (Luyet et al., 2014).

2.4 Fragestellung und Zielsetzung des Pilotprojekts

Ziel des Pilotprojekts war die Bestimmung der Erfolgsfaktoren von Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen, basierend auf der wissenschaftlichen Literatur der vergangenen ca. 5 Jahre sowie dem Erfahrungswissen einer interdisziplinären Expertengruppe. Das

Zusammenführen von bestehendem Wissen zur Primär- und Sekundärprävention des Tabakkonsums bei benachteiligten Gruppen soll zur Sicherung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Diesem Prozess liegen drei komplexe Fragestellungen zugrunde:

- 1) Welche Barrieren verhindern eine Sensibilisierung der Zielgruppe für die Gefahren des Tabakkonsums und mit welchen Barrieren sehen sich benachteiligte Gruppen beim Nichteinstieg oder beim Ausstieg konfrontiert?
- 2) Welche Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen sind kurz- oder langfristig erfolgreich im Sinne einer Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten?
- 3) Was sind die Voraussetzungen für die Implementierung von wirksamen Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen und welches sind entsprechend die Akteure der Umsetzung?

Anhand der identifizierten Erfolgsfaktoren soll eine Ableitung von Empfehlungen für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen erfolgen. Die wissenschaftliche Evaluation vorhandener Studien soll weiter auch zu einer erhöhten Legitimation und Anwendung der erfolgsversprechenden Massnahmen der Tabakprävention dienen. Der vorliegende Bericht bildet somit die Grundlage für die strategische Orientierung und Planung konkreter Projekte, um die Partnerinnen und Partner des Nationalen Programms Tabak in der Verwirklichung der Chancengleichheit zu unterstützen. Der Fokus liegt dabei auf Kriterien zur Etablierung von strategischen und operativen Zielsetzungen, möglichen Interventionsformen und Methoden.

2.5 Aufbau des Syntheseberichts

Nachdem die Bedeutung der Sicherung der Chancengleichheit von benachteiligten Gruppen in Bezug auf Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten einleitend erörtert wurde (Kapitel 2), wird im Kapitel 3 das methodische Vorgehen der Literaturrecherche und dem Austausch mit Expertinnen und Experten beschrieben. Dieses Kapitel gibt darüber Aufschluss, wie die nachfolgend präsentierten Erkenntnisse gewonnen worden sind. In Kapitel 4 werden eingangs die Barrieren von benachteiligten Gruppen diskutiert, die ihnen für eine erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsverhaltens im Wege stehen. Danach werden die Ergebnisse zur Relevanz von regulierenden Massnahmen zur Ausweitung der Rauchverbote im öffentlichen Raum und Einschränkung der Verfügbarkeit von Zigaretten sowie zu zielgruppenspezifischen, supportiven Ansätzen der Tabakprävention vorgestellt. Diese Ergebnisse werden nachfolgend diskutiert (Kapitel 5), wobei die Frage des Zugangs, der Akzeptanz und der Umsetzung von Angeboten der Tabakprävention für diese spezifischen Gruppen im Zentrum steht. Das Kapitel 5 beinhaltet weiter das Aufzeigen der Zuständigkeit verschiedener Akteure und das Aufdecken von bestehenden Lücken zur Gewährleistung der Chancengleichheit bei benachteiligten Gruppen. Die vorgängigen Überlegungen werden im Kapitel 6 zusammengefasst, indem die Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen logisch verknüpft werden, um Empfehlungen für die zukünftige operative und strategische Pro-

jektplanung abzuleiten. In einem abschliessenden Fazit werden die Möglichkeiten und Grenzen der Aufhebung von sozialen Ungleichheiten durch Massnahmen der Tabakprävention und zukünftige Entwicklungen in diesem Bereich forciert.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Systematische Literaturrecherche

Das Kernstück des Projekts bildete eine Literaturrecherche, die zum Ziel hatte, verfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse der Tabakprävention, mit Bezug zur gesundheitlichen Chancengleichheit zusammenzutragen. Dabei sollte vorwiegend auf die aktuelle Literatur der letzten fünf Jahre Bezug genommen werden. In einer systematischen Literaturrecherche in englischer Sprache wurden Zeitschriften mit Peer-Review Verfahren auf mögliche Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen durchsucht, die zwischen 2010 und 2015 publiziert worden sind. Die Beschränkung auf die Literatur der letzten fünf Jahre wurde konsequent verfolgt, sodass richtungsweisende Studien, die kurz davor publiziert wurden, höchstens nachträglich Eingang in die Analyse gefunden haben. Ausgehend von der Zielsetzung, mittels Studium der empirischen Literatur erfolgreiche Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen zusammenzustellen, wurden folgende Kriterien für die auszuwählenden Publikationen festgelegt:

Studientyp: Gesucht wurden in erster Linie randomisiert kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Massnahmen der Tabakprävention im Bezug auf die Verbesserung von gesundheitlichen Ungleichheiten sowie Kosteneffektivitätsanalysen. Da sehr viele Studien zu verschiedenen benachteiligten Gruppen ausfindig gemacht werden konnten, wurden häufig auch Übersichtsartikel (*Reviews*) mit Zusammenfassung und Bewertung der relevanten Ergebnisse berücksichtigt. Ausgeschlossen wurden Studien, die lediglich deskriptiv über Massnahmen berichteten, ohne den Erfolg der betreffenden Massnahmen zu diskutieren.

Massnahmen: Die eingeschlossenen Studien berichten Ergebnisse zur Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen. Die Studien lassen sich einer oder mehreren der folgenden Kategorien zuordnen:

- ◆ Verhinderung des Raucheinstiegs
- ◆ Förderung des Rauchausstiegs
- ◆ Schutz vor Passivrauch
- ◆ Förderung der Gesundheitskompetenz

Interventionen, die sich auf die Reduktion des Kau- oder Schnupftabakkonsums bezogen, wurden ausgeschlossen.

Zielgruppe: Für den Bericht wurden nur Studien zur Effektivität der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen berücksichtigt. Da benachteiligte Kinder und Jugendliche in der Schweiz durch eine Vielzahl an Projekten der Tabakprävention während der Ausbildung erreicht und sensibilisiert werden, wurde das Hauptaugenmerk auf Massnahmen für benachteiligte Erwachsene gelegt. Als Hauptdimensionen der Benachteiligung im Bereich Gesundheit, Soziales und Prävention galten weiter:

◆ **tiefer sozioökonomischer Status** in Verschränkung mit:

- ◆ erschwerten Bedingungen zur Entwicklung der erwarteten Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit fehlender Bildung, fehlenden Sprachkenntnissen und/oder Migrationshintergrund
- ◆ Gender und sexuelle Orientierung
- ◆ erschwerter Erreichbarkeit von benachteiligten Erwachsenen
- ◆ ungünstiger Lebenslage aufgrund beeinträchtigter psychischer Gesundheit, Gefängnisaufenthalt, Substanzmissbrauch, alleiniger Kindererziehung, häuslicher Gewalt, HIV Erkrankung etc.

Zielverhalten: Die ausgewählten Studien berichten Ergebnisse zur Tabakabstinenz, zur Reduktion des Tabakkonsums, zur Reduktion der Passivrauchexposition oder zur Förderung von gesundheitlichem Wissen bzw. Verstärkung der Gesundheitskompetenz. Trotz Fokus auf dem Erwachsenenalter wären auch Studien zur Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs bei benachteiligten Jugendlichen relevant, wobei sich die Überprüfung der Erfolgsfaktoren hier schwieriger gestaltet bzw. nicht abschliessend bestimmbar ist (Wilson et al., 2012).

Die Literatursuche erfolgte im Mai 2015 in den Datenbanken MEDLINE (PubMed), Web of Science, PsycINFO, SocINDEX sowie im Cochrane Register of Controlled Trials (CENTRAL). In Absprache mit den Expertinnen und Experten wurden Schlüsselbegriffe und Wortstämme für die vier Beschreibungsdimensionen „Substanz“, „Ungleichheit“, „Massnahme“ und „Evaluation“ festgelegt (Tabelle 1). Für die Suche in MEDLINE wurden zusätzlich sogenannte „MeSH terms“ verwendet, um auch assoziierte Begriffe einzuschliessen. Die Literatursuche erfolgte ausschließlich in englischer Sprache über die Titel, Schlüsselwörter und Abstracts, da für nahezu alle wissenschaftlichen Publikationen unabhängig von der jeweiligen Sprache auch englischsprachige Titel, Schlüsselwörter und Zusammenfassungen vorliegen.

Table 1 . Schlüsselbegriffe für die systematische Literaturrecherche; Verbindung der Begriffe innerhalb einer Spalte mit „ODER“ und zwischen den verschiedenen Spalten mit „UND“.

Substanz	Ungleichheit	Massnahme	Evaluation
smok*	Health inequ*	cessation	rct
tobacco	disadvantag*	reduc*	effect*
cigar*	vulnerab*	stop	cost-effectiveness
nicotine	low SES	quit	Success*
	socioeconomic*	control	effic*
	depriv*	intervent*	review
	poor	prevent*	
	female	program*	
	male	treatment	
	migra*	educat*	
	ethnic*	promot*	
	minority	counsel*	
		teach*	
		access*	
		recruit*	

Die vorgesehene Suche war dann jedoch zu weit gefasst, da bei der Suche im Web of Science allein für die fünf interessierenden Jahre 89,052 Resultate ausgegeben wurden. Auch wenn die Suche bei MEDLINE auf Titel und Abstracts beschränkt wurde, wurden mit der oben aufgeführten Suchstrategie noch 18,061 Resultate erzielt. Da dieser Literaturrecherche bereits ein längeres Literaturstudium sowie das erste Treffen mit den Expertinnen und Experten vorausging, wurde die Suche systematisch verkleinert und auf die wesentlichen Begriffe beschränkt, um die Studien eingrenzen zu können. Da bereits der Einfluss von Massnahmen der Tabakpolitik auf die Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs in der Allgemeinbevölkerung nur ungenügend bestimmt werden kann und keine eindeutigen Erfolgsfaktoren dafür existieren (Wilson et al., 2012), wurde bei der Einschränkung der Suche nur auf Massnahmen mit Wirksamkeitsnachweis abgestellt. Die empirische Überprüfung von Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz einer bestimmten Gruppe ist ebenfalls nur schwierig objektiv zu erfassen, wobei die Vergleichbarkeit der Studien aufgrund der Unterschiedlichkeit der Zielsetzung nicht gewährleistet ist. Nichtsdestotrotz können sowohl die Verhinderung des Raucheinstiegs als auch die Förderung der Gesundheitskompetenz durch eine sorgfältige Dokumentation und Evaluation der Projekte ausgewertet werden, weshalb wichtige Aspekte des Erfolgs dieser Massnahmen auf Basis der Erfahrungswerte in den Bericht Eingang finden. Die Suche nach evidenz-basierten Ergebnissen zu diesen Bereichen verlief jedoch erfolglos.

Table 2 Schlüsselbegriffe für die systematisch verkleinerte Literaturrecherche; Verbindung der Begriffe innerhalb einer Spalte mit „ODER“ und zwischen den verschiedenen Spalten mit „UND“.

Substanz	Ungleichheit	Massnahme	Evaluation
smok*	disadvantag*	cessation*	
tobacco	inequ*	reduc*	
cigar*	vulnerab*	stop	
	minority	quit	
		control	

Mit dieser Suchstrategie konnten insgesamt 12,812 Publikationen ausfindig gemacht werden, wobei mehr als 5,000 Duplikate ausgeschlossen werden mussten. Bei 3,334 Artikeln liess der Titel erkennen, dass sich die Reviews oder Einzelstudien nicht auf Studien zur Tabakprävention bei benachteiligten erwachsenen Personengruppen bezogen. Nachdem die Abstracts der verbleibenden 3,889 Artikel überprüft wurden, blieben für den vorliegenden Bericht 103 relevante Publikationen übrig (Abbildung 1). Zusätzlich wurden die Literaturverzeichnisse bereits publizierter Reviews und Meta-Analysen gesichtet, welche sich mit der Effektivität von Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen befassten.

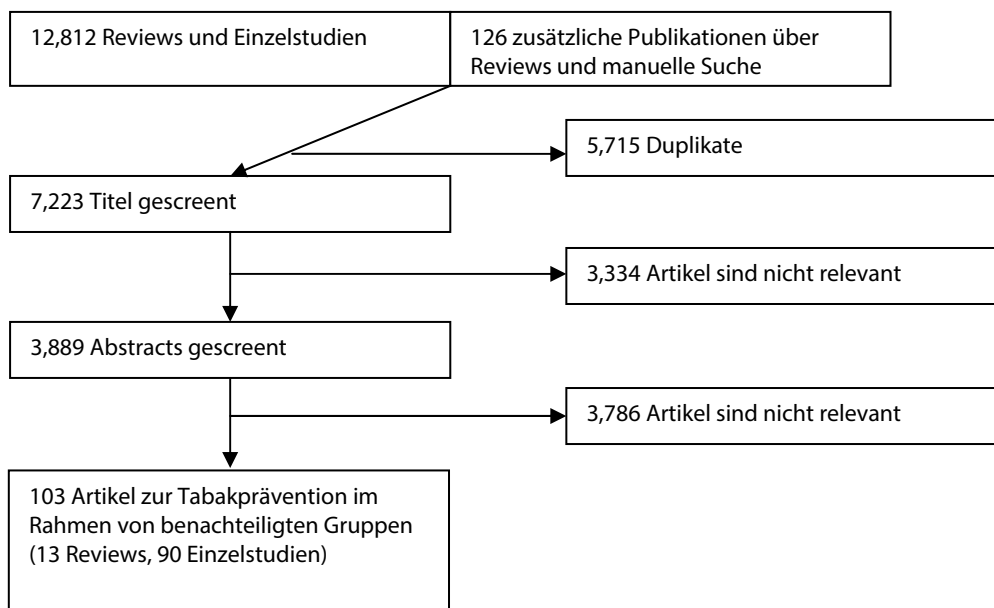


Abbildung 1. Flow-Diagramm zur Studienselektion; Publikation zwischen 2010 und 2015.

Zur Erfassung und Verwaltung der recherchierten Literatur wurde das Literaturverwaltungsprogramm Mendeley eingesetzt.

3.2 Konstitution und Rolle der Gruppe von Expertinnen und Experten

Um das aus der Literaturrecherche erworbene Wissen zu verfestigen und Erfahrungswissen aus der Praxis einfließen zu lassen, wurde von Frau Laure Curt, Projektverantwortliche der Sektion Tabak des BAG, in Zusammenarbeit mit der Projektleiterin Frau Corina Salis Gross eine Gruppe von Expertinnen und Experten einberufen.

Die Expertinnen und Experten trafen sich zwischen Mai und Juni 2015 zweimal mit den Autorinnen der Studie. Beim ersten Treffen wurden Planung und Themen des vorliegenden Syntheseberichts besprochen. Die Aufgabe der Expertinnen und Experten bestand darin, eine Rückmeldung zu den Kriterien zu geben, die für die Bestimmung der Erfolgsfaktoren vorgeschlagen wurden sowie eine Priorisierung der zu untersuchenden Felder vorzunehmen. Des Weiteren wurden bei diesem ersten Treffen auch die Suchstrategie und für die Suche zu verwendende Stichwörter diskutiert. Das zwei-

te Treffen mit den Expertinnen und Experten diente der Diskussion der Hauptergebnisse sowie der davon abgeleiteten Empfehlungen. Nebst dem Inhalt des vorliegenden Berichts war auch ein zusätzliches Factsheet mit Empfehlungen für die Praxis und Strategie Gegenstand des Austauschs in der Gruppe.

3.3 Einschluss von zusätzlicher Literatur auf Basis von Projektberichten

Um eine ganzheitliche Analyse von Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen zu erarbeiten, wurden neben Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften auch Projektberichte, die sich mit dem Thema auseinandergesetzt hatten, beigezogen. Nebst eigenhändiger Recherchetätigkeit seitens der Autorinnen dieses Berichts, kam hier auch das Erfahrungswissen der Expertinnen und Experten zum Tragen. Verschiedentlich wurden von Ihnen Vorschläge für abgeschlossene Projektberichte aus der Schweiz und dem nahen Ausland eingereicht, die anschliessend durch die Autorinnen auf ihre Eignung im Hinblick auf die zugrundeliegenden Fragestellungen des Berichts geprüft wurden. Die Ergebnisse verschiedene Erfolgsfaktoren betreffend werden im Kapitel 4 präsentiert, ohne dass zwischen unterschiedlichen Formen der Literaturquellen unterschieden wird.

3.4 Synthese der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der einzelnen Literaturrecherchen in mehreren Datenbanken und auf mehreren Ebenen im Sinne einer narrativen Synthese aufgegriffen. Diese Form der Synthese bietet genügend Platz, um auf Unterschiedlichkeiten der Studien Bezug zu nehmen und diese in Kontext mit bereits bestehenden Übersichtsarbeiten zu setzen. Dadurch werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengetragen, die sich aus einzelnen Studien, Projektberichten oder Studienvergleichen ergeben, sodass eine bestmögliche Bestimmung der Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention zur Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheiten in benachteiligten Gruppen vorgenommen wird. Die Gewichtung der Qualität der einzelnen Studien im vorliegenden Bericht erfolgte durch die Autorinnen und ist für alle eingeschlossenen Studien gewährleistet. Die Schwierigkeit der in der Berichtlegung besteht darin, dass Angebote der Prävention für benachteiligte Gruppen häufig unzureichend dokumentiert und evaluiert sind. Häufig wird lediglich aufgezeigt, wer das Angebot genutzt hat, während Angaben zu Personen, die nicht erreicht worden sind, kein Interesse an der Intervention zeigten oder ausgestiegen sind, weitestgehend fehlen.

4 Ergebnisse der Literaturrecherche

4.1 Barrieren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen

Bevor auf die Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen Bezug genommen wird, soll an dieser Stelle aufgezeigt werden, wo die Barrieren liegen, die den Erfolg einer Massnahme ausbleiben lassen und mögliche Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten darstellen. Das Verständnis hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Barrieren der Prävention in benachteiligten Gruppen gilt als Voraussetzung für die erfolgreiche Planung von strategischen und operativen Massnahmen der Tabakprävention. Während einige Barrieren, die nachfolgend diskutiert werden, spezifisch bei bestimmten Zielgruppen vorkommen, sind andere als Barrieren allgemein bekannt, wobei die Überwindung dieser generellen Barrieren durch die bestehende Benachteiligung erschwert wird. Sowohl die Literatur zu den Barrieren für die Zielgruppe als auch zur Effektivität der Präventionsmassnahmen stützt sich überwiegend auf Massnahmen zum Rauchstopp, weshalb nachfolgend mangels Evidenz nicht immer das ganze Spektrum der Tabakprävention behandelt wird. Die in einem kürzlich erschienenen Review von Twyman, Bonevski, Paul, und Bryant (2014) identifizierten, subjektiv vorhandenen Barrieren für benachteiligte Gruppen bei der Umsetzung eines Rauchstopps umfassen auch Barrieren, welche die Förderung der Gesundheitskompetenz und Sensibilisierung der Zielgruppe behindern. Die verschiedenen Ebenen der Barrieren für eine erfolgreiche Tabakprävention werden anhand des Modells in Abbildung 2 dargestellt und gelten sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für benachteiligte Gruppen, wobei sich die Faktoren oder deren Ausprägungsgrad unterscheiden können.

Ebene des Individuums: Barrieren können auf der Ebene des Individuums liegen, wenn die Motivation z.B. zum Rauchstopp fehlt, das Gesundheitswissen mangelhaft ist oder wenn das Rauchen als positiv bewertet wird (Twyman et al., 2014). Auch ein bestimmter Lebensstil kann den die Tabakprävention und speziell den Rauchausstieg erschweren, beispielsweise wenn viel Alkohol oder illegale Drogen konsumiert werden oder das Rauchen als Strategie der Stressbewältigung dient (David, Esson, Perucic, & Fitzpatrick, 2010; Twyman et al., 2014). Da Personen in benachteiligten Gruppen häufig früher mit dem Rauchen beginnen und oftmals mehr Zigaretten pro Tag rauchen als Raucherinnen und Raucher in der restlichen Bevölkerung, weisen sie zwangsläufig eine höhere Nikotinabhängigkeit auf, was den Rauchstopp zunehmend erschwert (David et al., 2010). Das fehlende Wissen zu Alternativen des Tabakkonsums wie Nikotinersatzprodukte und deren Vertrieb und Anwendung, kann stellt für benachteiligte Gruppen eine zusätzliche Hürde dar. Bei der Umsetzung der Massnahme von rauchfreien Wohnungen bei benachteiligten Gruppen gilt als Barriere, dass den Raucherinnen und Rauchern die Mühe zu gross ist, um zum Rauchen nach draussen zu gehen und auch Kinder, die während dem Rauchen ohne Aufsicht in der Wohnung verbleiben würden, werden als Argument gegen rauchfreie Wohnräume genutzt (Rees et al., 2014). Dennoch ist dies keine kategorische Ablehnung, denn den Vorteilen für die Gesundheit der Kinder und einen

besserer Geruch in der Wohnung wird zugestimmt (Rees et al., 2014). Das fehlende Selbstvertrauen v.a. betreffend den Erfolg eines anvisierten Rauchstopps basierend auf einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung infolge Erlebens von Benachteiligung oder Misserfolg bei früheren Rauchstoppversuchen stellt eine weitere Barriere dar. Eng damit verbunden sind auch persönliche Ängste, Unsicherheit und Hemmungen, die auch eine Barriere für die Sensibilisierung der benachteiligten Gruppe darstellen können.

Gesellschaft & Soziales Netzwerk: Auch auf gesellschaftlicher Ebene können Barrieren existieren, die einen Nichteinstieg oder einen Ausstieg erschweren. Relevant ist, ob Personen mit Bereitschaft zum Nichteinstieg oder zum Ausstieg durch die vorhandenen sozialen Netzwerke wie Familie und Freundeskreis Unterstützung erfahren oder ob diese vielmehr hindernd wirken, weil der Tabakkonsum im sozialen Gefüge der Norm entspricht und weitestgehend akzeptiert wird. Auch bei der Prävention von Alkohol und illegalen Drogen steht die Ebene des sozialen Netzwerks im Zentrum. Nicht nur ein konsumierendes soziales Umfeld ist als Barriere zu betrachten, auch das Fehlen eines sozialen Netzwerks kann den Einstieg und den Konsum von psychoaktiven Substanzen verstärken.

Lebens- und Arbeitsbedingungen: Auf der dritten Ebene des Modells finden sich Faktoren der gegenwärtigen Lebenssituation, die das Vorhaben Nichteinstieg oder Rauchstopp beeinflussen können (Abbildung 2). Ungünstige Lebensereignisse, die zusätzlich Stress verursachen gelten als relevante Barrieren dafür, aber auch geographische und soziale Isolation sowie der fehlende Zugang zu unterstützenden primären Präventions- oder zu den Ausstiegsangeboten wirken erschwerend (Twyman et al., 2014). Stress am Arbeitsplatz oder eine Arbeitsumgebung, in welcher Rauchen verbreitet sind weitere Barrieren. Und auch Langeweile kann eine Bedingung darstellen, die den Einstieg und den Tabakkonsum oder auch den Konsum von weiteren psychoaktiven Substanzen zusätzlich fördert.

Kulturelle & sozioökonomische Faktoren & Umgebung: Nur mit mittel- und langfristigen Strategien ist es möglich, bestehende kulturelle Normen, die das Rauchen befürworten, zu verändern und damit ein Umdenken betreffend gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen herbeizuführen. Dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer erhöhten Rauchprävalenz assoziiert wird, wurde bereits angetönt. Eine zusätzliche Barriere kann die Umgebung darstellen. In Quartieren mit Armutsbetroffenen und hoher Rauchprävalenz kann ein Rauchstopp schwer fallen und auch die Sensibilisierung der Quartierbevölkerung sowie die Verhinderung des Raucheinstiegs bei Jugendlichen sind schwierig umsetzbar.

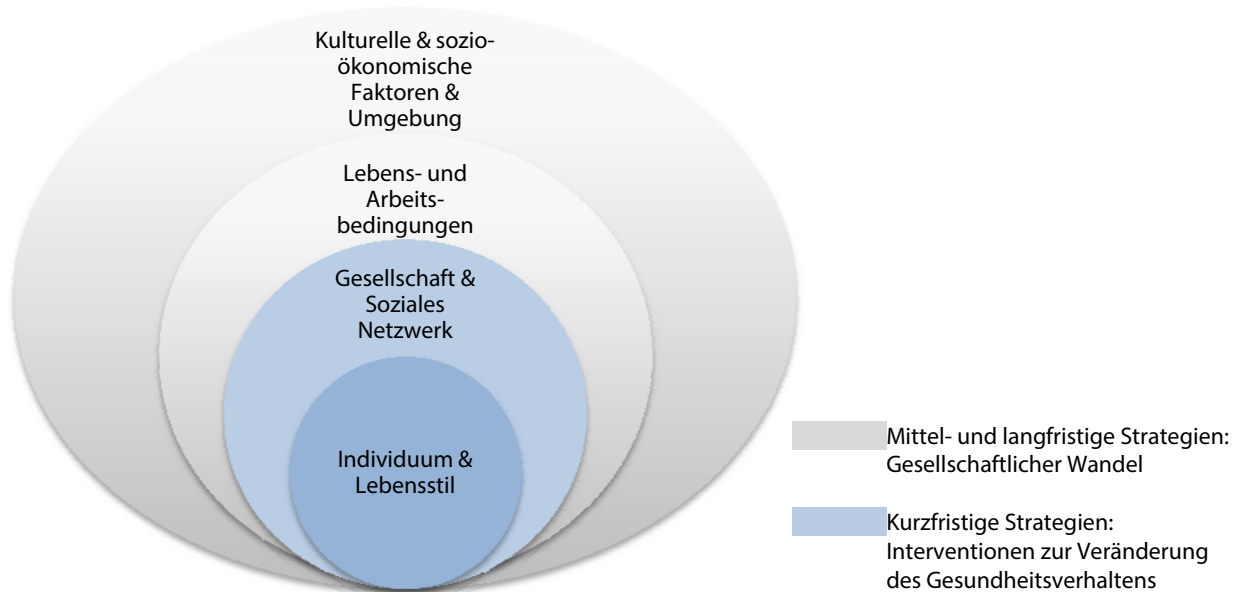


Abbildung 2. Modell der Barrieren für die Tabakprävention am Beispiel Rauchstopp (Twyman et al., 2014).

Viele dieser Barrieren können mit kurzfristigen Strategien beseitigt werden, wobei Massnahmen zur Veränderung der aktuellen Lebenssituation oder Umgebung von benachteiligten Gruppen über eine längere Zeit erfolgen müssen (Abbildung 2). Gemäss dem Review von Twyman et al. (2014) sind fehlende Stressbewältigungsstrategien sowie eine hohe Prävalenz und Akzeptanz des Rauchens im sozialen Umfeld verbunden mit fehlender Unterstützung des Netzwerks die grössten Barrieren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen (Twyman et al., 2014). Die Autoren empfehlen daher, dass zukünftige Policy-Strategien und Interventionen primär bei diesen Barrieren ansetzen und dabei jeweils zielgruppenspezifisch den weiteren Rahmen der sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren mitberücksichtigen.

Weiter wird in der Literatur auf Barrieren verwiesen, welche auf systemischer Ebene in stationären und ambulanten Institutionen der gesundheitlichen Regelversorgung die Implementierung von Interventionen der Tabakprävention erschweren. Solche Barrieren wurden beispielsweise in einem Pilotprojekt in Versorgungseinrichtungen von Personen mit psychischen Störungen gefunden und lagen bei der Vertrauenspolitik der Institutionen, deren Mitarbeitenden und auch bei störungsbezogenen Faktoren (Parker, McNeill, & Ratschen, 2012). Da die Nachfrage z.B. nach Rauchstopp-Angeboten innerhalb der Patientenversorgung bei benachteiligten Gruppen vorhanden ist, sollten Interventionen diese systemischen Barrieren überwinden und den bestehenden Patientenkontakt erfolgreich für die Tabakprävention nutzen (Parker et al., 2012). Die Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten dürfte dabei immer als starkes Argument agieren, das die Überwindung von systemtechnischen Barrieren legitimiert. Solche Barrieren können sich auch mit Hinblick auf die Sensibilisierung von benachteiligten Gruppen für die Gefahren des Tabakkonsums ergeben, wenn die Zuständigkeit ungeklärt ist oder eine Verantwortungsdiffusion stattfindet.

Sowohl für Interventionen in den Institutionen der Regelversorgung wie auch für bevölkerungsba- sierte Interventionen gilt zudem der allgemeine Grundsatz der Partizipation als zentrales Merkmal für den möglichst barrierefreien Zugang und die Akzeptanz. Dabei sind gemäss den Prinzipien einer chancengerechten Prävention und Versorgung auch der explizite Einschluss von Interessengruppen der benachteiligten Bevölkerung stärker zu berücksichtigen (vgl. z.B. Domenig & Cattacin, 2015).

4.2 Projekte der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen in der Schweiz

Auch in der Schweiz wurden bereits Projekte der Tabakprävention realisiert, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Sie werden an dieser Stelle kurz in einem breiteren Kontext zu aktuellen Tendenzen der allgemeinen Suchtprävention und der Gesundheitsförderung von potentiell benachteiligten Gruppen in der Schweiz situiert, bevor auf die Erfolgsfaktoren der einzelnen Projekte eingegangen wird. Im Fokus der aktuellen Diskussionen stehen die vier potentiellen Benachteiligungsdimensionen Geschlecht, Migration, Alter und Armut und teilweise liegen schon Vorschläge für die Projektarbeit in der Schweiz vor.

Im Bereich **Geschlecht** rückt nach Jahrzehnten von Aktivitäten zur angemessenen Berücksichtigung der sozialen Kategorie Geschlecht („Gendersensitivität“ und „Gender Mainstreaming“) das Konzept der „Intersektionalität“ (die Berücksichtigung der Verschränkung von verschiedenen Ungleichheitsmerkmalen, die Benachteiligung generieren vgl. Kap. 2.3.) unter dem Stichwort *Diversity* in den Vordergrund. Damit sollen Gefahren der Geschlechterstereotypisierung in der Präventionsarbeit vermieden und gleichzeitig Benachteiligungen differenzierter aufgefangen werden (Pfister 2014). Neue Leitlinien für eine intersektional angelegte und diversitätsorientierte Suchtarbeit liegen von Infodrog, der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht¹ vor (König & Galgano 2013). Daneben sind weiterhin die generelle Checkliste zu Projekten der genderspezifischen Gesundheitsversorgung des Bundesamts für Gesundheit (BAG)² und jene der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz³ zugänglich sowie auch bereits eine darauf aufbauende Checkliste zu Gender und Diversität aus dem Schulbereich (Pfister 2013: 18f). Auch einzelne Institutionen wie zum Beispiel die „Berner Gesundheit“ bieten eine Gender-Checkliste an⁴.

Im Bereich **Migration** sind insbesondere seit der Implementierung des Nationalen Programmes „Migration und Gesundheit“ im Jahr 2002⁵ Aktivitäten und Projekte in der Schweiz zu sehen, welche auf den Abbau von migrationspezifischen Benachteiligungen abzielen. Checklisten (z.B. die Checkliste Migration⁶) und andere Hilfsmittel oder aktuelle Grundlagen zu einer gerechten Gesundheitsversorgung (z.B. Domenig & Cattacin 2015) sowie auch speziell zur migrationsgerech-

¹ www.infodrog.ch/diversitaet.html

² <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10417/11218/index.html?lang=de>

³ http://www.quint-essenz.ch/de/files/Checkliste_Gender_10.pdf

⁴ http://www.bernergesundheit.ch/download/Gender_Checklisten.pdf

⁵ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de>

⁶ <http://www.quint-essenz.ch/de/tools/1055>

ten Gesundheitsförderung und Prävention (Kaya 2009) sind leicht zugänglich gemacht. Im Feld Migration wird unter dem Stichwort „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ebenfalls mehr und mehr ein intersektionaler Ansatz verfolgt. Eine entsprechende Checkliste liegt auch für das Stichwort „Chancengleichheit“ vor⁷. Spezifisch aufgearbeitet sind v.a. die Bereiche Tabak- und Alkoholprävention sowie Gesundheitsförderung und Migration. Finanziell unterstützt vom Tabakpräventionsfonds, dem Fonds von Artikel 43 des Alkoholgesetzes und Gesundheitsförderung Schweiz wurden in einer Kooperation der in diesen Feldern Akteure umfassende Recherchen und Erhebungen durchgeführt sowie Empfehlungen für eine transkulturelle Prävention und Gesundheit formuliert (Pfluger, Biedermann, & Salis Gross, 2009, www.transpraev.ch). Verschiedene Hilfsmittel wie eine Broschüre mit Fakten und Empfehlungen für die strategische Ebene, für die für die Öffnung der Organisationen der Regelversorgung und für die Projektarbeit liegen vor⁸. Der darin verfolgte Ansatz der „transkulturellen Kompetenz“ (Domenig 2007) ist in der Schweiz für Projekte im Migrationskontext sehr gut etabliert und insbesondere das Schweizerische Rote Kreuz bietet diesbezüglich verschiedenste Tools und Aktivitäten an⁹. Auch im Grundlagenbericht von Pfluger et al. (2008) wird festgehalten, dass die transkulturell kompetent ausgerichtete Präventionsarbeit auf die Befähigung zur Überschreitung von Differenz ausgerichtet werden soll, damit keine Stereotypisierungen entstehen und damit ein *Empowerment* bei Anbietern und Zielgruppen stattfinden kann, um so die Gesundheitskompetenz in den Zielgruppen (*Health Literacy*) zu verstärken. Weitere wichtige Erkenntnisse waren, dass die Zielgruppen in einem ersten Schritt möglichst differenziert definiert werden müssen, um gezielt benachteiligte Teilgruppen zu erreichen. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass die Vermittlung von auf die Migrationsbevölkerung adaptierten Massnahmen der Tabakprävention vor allem dann erfolgreich ist, wenn diese unter aktivem Mitwirken von vertrauenswürdigen Peers und Schlüsselpersonen aus der Zielgruppe entwickelt und umgesetzt (z.B. via Multiplikatoren-Ansatz wie im Projekt FemmesTische, www.femmestische.ch) werden und dass die multisektorale Vernetzung über das Gesundheitswesen hinaus notwendig erscheint (Pfluger et al., 2009). Schliesslich wird auch die kontinuierliche Evaluation von Projekten als ein zentrales Element gewertet, damit auf die Veränderungen in den Zielgruppen rasch reagiert werden kann. Im Rahmen des „Nationalen Rauchstopp-Programmes“ (www.at-schweiz.ch) werden ein entsprechendes bevölkerungsbasiertes Projekt zum Tabakausstieg in der Diaspora aus der Türkei sowie eines für die albanisch sprechende Bevölkerung umgesetzt (vgl. Schnoz et al., 2011).

Die Bereiche **Alter** und **Armut** sind erst in den letzten Jahren ins Blickfeld gerückt, was die explizite Berücksichtigung von benachteiligten Gruppen betrifft. Übersichtsarbeiten mit Empfehlungen zum Thema Alter liegen zum Beispiel im Rahmen des Nationalen Programmes Alkohol vor (Kessler, Salis Gross, Koller & Haug, 2011), oder zur Gesundheitsförderung im Alter (Soom Amman & Salis Gross, 2011) im Rahmen des Grossprojektes „Via-Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, der Pro Senectute und verschiedenen Kantonen. Für letzteres besteht wiederum eine Checkliste für die Projektarbeit mit schwer erreichbaren und benach-

⁷ <http://www.quint-essenz.ch/de/dimensions/1011>

⁸ <http://www.public-health-services.ch/attachments/content/transpraev-broschuere.pdf>

⁹ <https://www.redcross.ch/de/soziale-integration/transkulturelle-kompetenz/professioneller-umgang-mit-vielfalt>

teiligten Gruppen¹⁰. Das Thema Armut ist im Rahmen des Nationalen Programmes zur Bekämpfung von Armut¹¹ im Hinblick auf Chancengleichheit und Benachteiligung ebenfalls in Bearbeitung. Konkrete Tools für die Projektarbeit liegen unseres Wissens noch keine vor, die konkreten Projekte sind jedoch analog angelegt (partizipativ und niederschwellig, preiswert oder kostenlos, multisektoriell, diversitätssensitiv) und stark auf die Stärkung der Bildungschancen von benachteiligten Gruppen ausgerichtet. Als NGO widmet sich unter anderem die Caritas Schweiz sehr stark diesem Thema¹².

Die Betrachtung der nachfolgend aufgeführten Projekte zur Sensibilisierung, Verhinderung des Raucheinstiegs und Förderung des Rauchausstiegs bei benachteiligten Gruppen lässt erkennen, dass die Schweiz bereits über eine Vielzahl an Erfahrungen in diesem Bereich verfügt (Tabelle A1). Während die Ausrichtung von Massnahmen der Tabakprävention auf Alter, Geschlecht und Bildung bzw. Arbeitsstatus bereits anerkannt ist, berücksichtigen immer mehr Projekte auch die Migrationserfahrung, die Lebenslage oder die psychische Gesundheit, die gesundheitliche Ungleichheiten einer Gruppe bestimmen oder begünstigen könnten. Einzig Projekte, die spezifisch auf die Erfolgsfaktoren der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen abzielen sind relativ selten. Dies ist jedoch damit zu begründen, dass eine grosse Anzahl an Projekten der Tabakprävention existiert, welche die Kinder und Jugendlichen im schulischen Setting oder in der Lehre erreichen und für benachteiligte Gruppen gleichermassen attraktiv sind (z.B. *Experiment Nichtrauchen, Rauchfreie Lehre, Rauchfreie Luft, Cool and Clean, 1. Lehrjahr rauchfrei, Förderung des Nichtrauchens in der Familie*, oder der *SMS-Coach*). Nichtsdestotrotz gibt es auch Projekte, die sich explizit an benachteiligte Kinder und Jugendliche richten, um bereits früh der Entstehung von gesundheitlichen Ungleichheiten vorzubeugen oder erste Ungleichheiten zu beseitigen. Mit *Bienveillance* und *Midnight Sports* versuchen zwei Projekte zumindest teilweise auch das Freizeitverhalten von benachteiligten Kindern und Jugendlichen positiv zu beeinflussen und durch zusätzliche Vermittlung von Gesundheitswissen einen Raucheinstieg sowie den Konsum anderer psychoaktiver Substanzen zu verhindern bzw. zu verzögern (Tabelle A1).

Ausserdem interessieren sich Unternehmen für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden und unterstützen diese beim Rauchstopp. Seit dem Inkrafttreten des nationalen Gesetzes zum Schutz vor Passivrauchen im Jahr 2010 sind alle Arbeitgeber verpflichtet, ihre Mitarbeitenden vor Passivrauch zu schützen. Projekte wie zum Beispiel *Unternehmen rauchfrei* der Lungenliga beider Basel versuchen auch fremdsprachige Mitarbeitende zu erreichen und weisen auf die mehrsprachigen Rauchstopplinien hin, werden jedoch nicht in der Tabelle aufgeführt, da sie nicht spezifisch auf die Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten ausgelegt sind. Im Rahmen des Projekts *Tiryaki Kukla* wurde im Jahr 2014 auch ein Rauchstoppkurs in türkischer Sprache durchgeführt, der von einem Arbeitgeber organisiert worden ist.

¹⁰ http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Checkliste_Schwer_erreichbare_und_benachteiligte_Zielgruppen.pdf

¹¹ <http://www.gegenarmut.ch/nationales-programm/>

¹² <https://www.caritas.ch/de/was-wir-tun/engagement-schweiz/armut/>

Betreffend Sensibilisierung von benachteiligten Gruppen ist positiv anzumerken, dass viele Projekte angepasste Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen bereit stellen und dass häufig Vermittlungs- oder Schlüsselpersonen aus den benachteiligten Gruppen in die Projektdurchführung involviert sind, was wichtige Erfolgsfaktoren darstellen (Tabelle A1).

4.2.1 Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen auf europäischer Ebene

Ähnliche Projekte und Zusammenschlüsse, die darauf abzielen, gesundheitliche Ungleichheiten mit Bezug auf den Tabakkonsum zu reduzieren, finden sich auch in Europa. Ein relevantes Projekt auf europäischer Stufe sowie der deutsche Kooperationsbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sind in Tabelle A2 aufgeführt. Diese zwei umfangreichen Projekte zeigen auf, welchen Einfluss die Tabakpolitik und Massnahmen der Tabakprävention auf gesundheitliche Ungleichheiten haben können und wie wichtig die Vernetzung der einzelnen Akteure ist. Ausserdem wird am Ende der Tabelle 2 mit MiMi ein erfolgreiches Projekt zur Sensibilisierung der Migrationsbevölkerung vorgestellt, das in diesem Jahr (2015) sogar für den European Health Award nominiert wurde. Dies ist keine abschliessende Auflistung der aktuellen Projekte auf europäischer Ebene, sondern vielmehr eine Inspiration für Schweizer Projekte, die in ähnliche Richtungen ausgerichtet sind. Die 12 Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung bei benachteiligten Gruppen sind höchst relevant für Bestrebungen im Bereich der Tabakprävention: 1) klarer Zielbezug, 2) Zielgruppe präzise eingegrenzt, 3) Innovation und Nachhaltigkeit, 4) Multiplikatorenkonzept, 5) niederschwellige Arbeitsweise, 6) Partizipation der Zielgruppe, 7) *Empowerment*, 8) Setting – Ansatz, 9) Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung, 10) Qualitätsmanagement/ -entwicklung, 11) Dokumentation und Evaluation und 12) Kosten-Nutzen-Relation (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2011).

Sowohl auf europäischer Ebene als auch auf nationaler Ebene in der Schweiz sind also einige Projekte der Prävention und der Gesundheitsförderung darum bemüht, die gesundheitlichen Ungleichheiten von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu verringern. Bisherige Projekte konnten jedoch aufgrund der begrenzten verfügbaren Mittel oft nur unzureichend evaluiert werden und evidenz-basierte Angaben zu Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen basieren lediglich auf deren Erfahrungswert. Um diese Projekte und weitere Projekte zu unterstützen und aufzuzeigen, welches die Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen sind, die sich positiv auf die Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten auswirken, werden im nächsten Kapitel 4.3 verschiedene relevante Übersichtsarbeiten zum Thema vorgestellt. Anschliessend werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zu den evidenz-basierten Erfolgsfaktoren der Tabakprävention in Kapitel 4.4 und 4.5 diskutiert und mit Erfahrungswerten aus der Expertengruppe ergänzt.

4.3 Übersichtsarbeiten und relevante Richtlinien zu Tabak und gesundheitlichen Ungleichheiten

Da auf internationaler Ebene bereits mehrere Übersichtsarbeiten existieren, die sich ausführlich mit dem Thema des vorliegenden Syntheseberichts beschäftigen, sollen die wichtigsten hier als vorgängige Orientierung für interessierte Fachkräfte zusammengestellt werden (Tabelle 3). Während das Bewusstsein von gesundheitlichen Ungleichheiten durch Tabakkonsum in Abhängigkeit der sozialen Stellung bereits in den 1990er-Jahren viel Aufmerksamkeit erhielt und Studienresultate dazu aufforderten, die Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur auf privilegierte Personen auszurichten (Marmot et al., 1991), brauchte die Umsetzung dieser Belange verhältnismässig lange. Erst 2008 kam mit dem MPOWER Paket der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf globaler Ebene Schwung in die Debatte rund um die Eindämmung der Tabakepidemie mithilfe von Elementen zur Aufhebung von Benachteiligungen. Nachdem der Tabakkonsum in der Allgemeinbevölkerung erfolgreich reduziert wurde, während sich gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsschichten vergrösserten, standen vermehrt auch benachteiligte Gruppen mit erhöhter Tabakprävalenz im Fokus der Abhängigkeit. Natürlich wurden auch vor dieser Zeit auf Ebene der Gemeinwesen bereits Studien und Projekte zur Sensibilisierung von benachteiligten Gruppen durchgeführt, allerdings meist schlecht dokumentiert und nur selten evaluiert. Die Zunahme von Evaluationsbestrebungen während den letzten Jahren hat dazu beigetragen, dass Richtlinien angepasst und sogenannte Best-Practice Strategien für die Tabakprävention zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten erarbeitet wurden (Tabelle 3)

Tabelle 3. Internationale Übersichtsarbeiten und Richtlinien zur Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen

Autorenschaft (Jahr)	Titel der Publikation
European Commission (2014)	Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities
European Union (2014)	Richtlinie 2014/40/EU zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG
Rüther et al. (2014)	EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness.
Twymann et al. (2014)	Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature
World Health Organization (2015)	Women - Facing the Challenge of Tobacco Use in Europe
World Health Organization (2014)	Tobacco and inequities - Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm
World Health Organization (2013)	WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
World Health Organization (2011)	WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco
World Health Organization (2008)	WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package

Allen Ausführungen zur Verbesserung der Gesundheit mittels Prävention und Reduktion des Tabakkonsums in benachteiligten Gruppen ist gemein, dass der Erfolg dieser Massnahmen nur dann gewährleistet ist, wenn ein integrativer Ansatz gewählt wird, der gleichzeitig auf die Reduktion von sozialen Ungleichheiten abzielt (David et al., 2010). Häufig wird in diesem Zusammenhang auch von einem Multikomponentenansatz gesprochen (Garcia-Portilla et al., 2014), der bestehende soziale Netzwerke integriert und mit erfolgsversprechenden Interventionen koppelt. Bei der Betrachtung der einzelnen aktuellen evidenz-basierten Interventionen auf praktischer sowie auch auf strategischer Ebene soll dieser Gedanke mitgetragen werden, da keiner der Ansätze für sich genommen zielführend ist, wenn ein Angebot ohne Integrationszusatz umgesetzt wird. Abbildung 3 zeigt die Mechanismen, die das Rauchverhalten von Personen in benachteiligten Gruppen beeinflussen sowie die möglichen Massnahmen der Tabakprävention, die eine Veränderung des Rauchverhaltens bedingen können (Hiscock, Bauld, Amos, Fidler, & Munafò, 2012). Das ursprüngliche Modell basierend auf dem Review von Hiscock et al. (2012) lässt sich auch auf weitere benachteiligte Gruppen anwenden, da sowohl Mechanismen als auch Interventionsmöglichkeiten vergleichbar sind. Häufig ist ein Mangel an Ressourcen zur Stärkung der Motivation zu einer Verhaltensänderung ausschlaggebend für die Aufrechterhaltung des gesundheitsschädigenden Verhaltens und das Bestehen von gesundheitlichen Ungleichheiten. Projekte der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen können dahingehend intervenieren, dass eine Aufhörbereitschaft erzeugt oder die Aufgabe des Tabakkonsums unterstützt werden kann. Dafür eignen sich Strategien auf individueller Ebene wie die Pharmakotherapie oder verhaltensorientierte psychologische Massnahmen (Abbildung 3). Sowohl gesundheitliche Ungleichheiten, die aufgrund verschiedenster Faktoren bestehen können, als auch eine mangelhafte Umsetzung der Massnahmen der Tabakprävention können dazu führen, dass sich die Chancen auf einen Nichteinstieg oder auf einen Ausstieg verringern (Abbildung 3). Die Mechanismen der Begünstigung eines Raucheinstiegs und Verstärkung des Rauchverhaltens und die Massnahmen der Tabakprävention sind sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei benachteiligten Gruppen relevant. Der grosse Unterschied eröffnet sich durch den Mangel an Ressourcen zur Stärkung der Motivation, der häufig erst durch die Benachteiligung problematisch wird. Zudem wirken sich die Mechanismen der Verstärkung des Rauchverhaltens stärker auf gesundheitliche Ungleichheiten aus, was die Chancen auf einen Rauchstopp oder auch die Sensibilisierung der Gruppe für die Gefahren von Tabak beeinträchtigen kann.

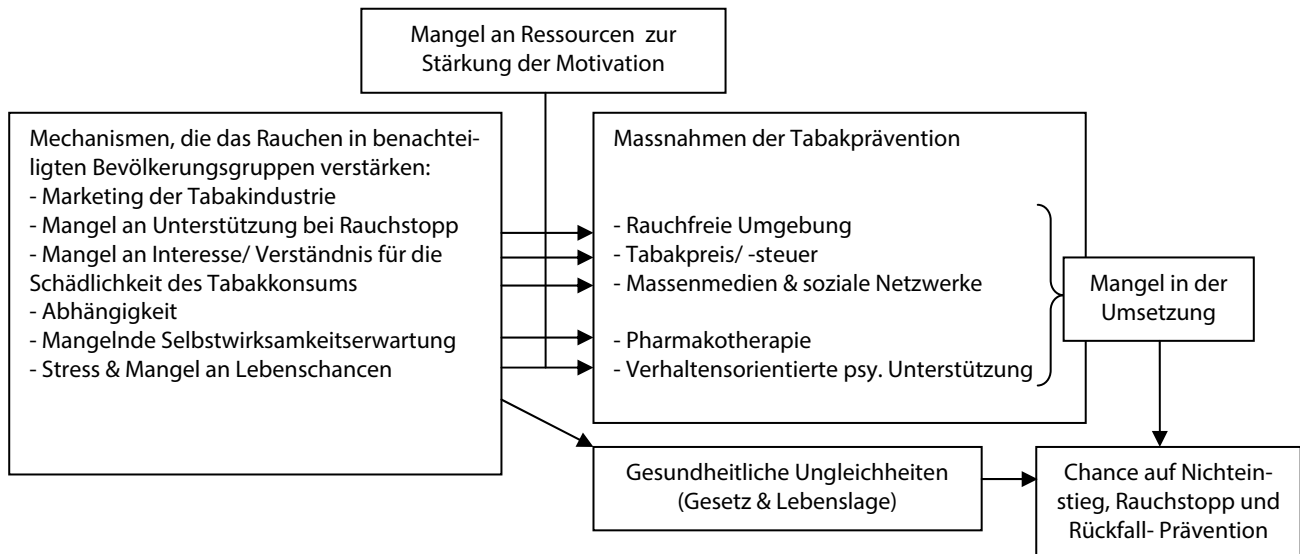


Abbildung 3. Benachteiligung und Tabakkonsum in Anbetracht der Massnahmen der Tabakprävention; Modell adaptiert in Anlehnung an Hiscock, Bauld, Amos, Fidler, & Munafò (2012)

Im Folgenden wird zuerst auf die Effektivität von zielgruppenspezifischen, unterstützenden Angeboten der Tabakprävention Bezug genommen, die auf Programmebene realisiert werden können (Hiscock et al., 2012). Der starken Nikotinabhängigkeit wird dabei mit der Pharmakotherapie begegnet, während die mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung im Rahmen von psychologischen Beratungen gestärkt werden soll (Hiscock et al., 2012). In einem zweiten Schritt wird die Effektivität der politischen Massnahmen der Tabakprävention diskutiert (Hiscock et al., 2012). Nachfolgend wird für alle Massnahmen der Tabakprävention, die in der Allgemeinbevölkerung erfolgreich sind, geprüft, ob Evidenz für die Wirksamkeit der Massnahme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit bei benachteiligten Gruppen vorhanden ist. Die Überprüfung der Effektivität einer Massnahme erfordert, wie bereits im Methodenteil erwähnt, den Einschluss einer Variable, anhand welcher eine eingetretene Veränderung valide gemessen werden kann. Da der Rauchausstieg eindeutig zu bestimmen ist, während die Verhinderung des Raucheinstiegs sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz als komplexes Konstrukt schwer zu operationalisieren sind, wird für jede Massnahme zuerst die evidenz-basierte Grundlage zusammengefasst, bevor im Abschnitt Erfahrungswert auf Erfolgsfaktoren der Sensibilisierung von benachteiligten Gruppen eingegangen wird.

4.4 Ebene I: Effektivität von unterstützenden Angeboten der Tabakprävention (Verhinderung des Einstiegs, Ausstieg und Rückfallprävention)

4.4.1 Verhinderung des Einstiegs

Da Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs sich weitgehend auf Kinder und Jugendliche in der Schule oder in weiterführenden Ausbildungssettings beziehen, erreichen diese grundsätzlich

viel leichter auch Benachteiligte als Interventionen für Erwachsene. Spezielle Auswertungen zur Effektivität dieser Interventionen im Hinblick auf benachteiligte Subgruppen wurden keine gefunden. Es gibt zwar auch in der Schweiz Projekte der Tabakprävention für Jugendliche und Kinder (vgl. Kap.4.2.) und die potentiellen Benachteiligungsdimensionen, die hier explizit angegangen werden, scheinen v.a. unter dem Referenzsystem Gender und Diversität gefasst zu werden. So wurde beispielsweise an der Suchtpräventionsstelle Zürich eine Gender- und Diversity-Checkliste für Schulen erarbeitet und in den Teams trianguliert (Pfister, 2014). Diversität wird hier als Sammelbegriff für alle anderen soziale Differenzierungskriterien wie sozioökonomischer Status, Migration, Alter, Behinderungen/Beeinträchtigungen oder sexuelle Orientierung/Identität gefasst. Das Projekt ist in unserem Zusammenhang insofern relevant, weil es aufzeigt, dass anhand von Reflexionsinstrumenten (wie Checklisten) die Regelangebote für eine Öffnung und Anpassung ihrer Interventionen auf benachteiligte Sub-Zielgruppen motiviert werden können.

Während beim Nichteinstieg der Fokus der Interventionen also weitgehend auf Kinder und Jugendliche angesetzt ist, liegt das Hauptaugenmerk der Effektivitätsbewertungen bei den Massnahmen zum Ausstieg und zur Rückfallprävention bei benachteiligten Erwachsenen. Im Folgenden wird deshalb auf diese Zielgruppe eingegangen.

4.4.2 Psychologische Interventionen auf Ebene des Individuums

Verschiedene Studien zum Tabakausstieg (einschliesslich Rückfallprävention) zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie mit oder ohne zusätzlicher Pharmakotherapie eine erfolgreiche Massnahme der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen darstellt. Die parallele Bearbeitung von körperlichen Abhängigkeitssymptomen und psychologischen Barrieren ist erfolgsversprechend (Hiscock et al., 2012). Die Literatur zur Effektivität der Präventionsmassnahmen auf individueller Ebene beschäftigt sich weitestgehend mit Massnahmen zum Rauchstopp, da die Abstinenz als abhängige Variable eindeutig definiert und damit studienübergreifend vergleichbar ist (Amos, Brown, & Platt, 2013a). Selbstverständlich wäre es bei jeder Art von psychologischer oder ärztlicher Behandlung hilfreich, wenn benachteiligte Gruppen mit dem Thema Tabak konfrontiert werden und eine Wissensvermittlung stattfindet. Das Rauchen oder den Konsum von anderen psychoaktiven Substanzen mit den gesundheitlichen oder psychologischen Problemen in Verbindung zu bringen und die Patienten gezielt mit einer Vermutung anzusprechen, wäre ebenfalls zentral. Zur Effektivität einer Sensibilisierung von Individuen in benachteiligten Gruppen für die Gefahren von Tabak existieren jedoch keine wissenschaftlichen Nachweise.

Viele Studien zu Interventionen auf Ebene des Individuums hatten nur sehr geringe Abstinenzraten zur Folge. Daraus resultierte, dass der Einfluss von Massnahmen zur Unterstützung des Rauchstopps auf gesundheitliche Ungleichheiten meist als negativ bewertet wurde (Amos et al., 2013a). Dennoch wiesen die Autoren auf mögliche positive *Outcomes* hin, da durch die Erhöhung der Angebote auch eine grössere Sensibilisierung und mehr Verhaltensänderungen bezweckt werden können.

Ein systematisches Review konnte 32 Studien mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Unterstützung des Rauchstopps bei stark benachteiligten Gruppen identifizieren, die vor allem bei benachteiligten Frauen und Personen mit psychischen Störungen positive Effekte vorweisen konnten (Bryant, Bonevski, Paul, McElduff, & Attia, 2011). Verschiedene Beratungsansätze in Kombination mit oder ohne Gebrauch von NRT-Produkten oder anderer Pharmakotherapie erwiesen sich auch bei HIV-Patienten als wirkungsvolle Massnahmen der Tabakprävention (Lifson & Lando, 2012). Für die Tabakprävention bei indigenen Völkern z.B. wurde die Kombination von psychologischer Beratung und Pharmakotherapie als wirksamer bewertet als die beiden Interventionen für sich alleine genommen (DiGiacomo et al., 2011). Zielgruppenspezifische Interventionen basierend auf Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie sind bei dieser Zielgruppe unabhängig von der medikamentösen Unterstützung des Rauchstopps effektiv (Carson et al., 2012). Nichtsdestotrotz überwiegen die Erfolge der Therapie oder Beratung im Gruppensetting mit spezialisierten Fachkräften (Hiscock et al., 2013). Bei Langzeitarbeitslosen und Gefängnisinsassen, die von den Autoren als die am schwersten benachteiligten Gruppen bezeichnet wurden, waren aber auch verhaltenstherapeutische Massnahmen im Gruppensetting nur wenig zielführend und der Rauchstopp konnte nur selten umgesetzt werden (Hiscock et al., 2013).

Prävention eines Rückfalls (Relapse Prevention) ist jeweils Bestandteil von diesen Interventionen. Spezielle Auswertungen zur Wirksamkeit spezifischer Vorgehensweisen bei benachteiligten Gruppen konnten nicht gefunden werden. In einem *Cochrane Review* (Hajek et al. 2013) wird jedoch festgehalten, dass bisher generell ungenügende Evidenz vorliege, um diesbezüglich ein spezifisches Verhaltenstraining zu favorisieren. Am Stärksten treffe Evidenz für Interventionen der *Relapse Prevention* zu, welche auf die Identifikation und das Vermeiden von Situationen fokussieren, die persönlich zum Rauchen verführen. Daneben wird ebenfalls auf medikamentöse Unterstützung verwiesen.

Kurzberatungen bei rauchenden Personen, die Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, können den Rauchstopp fördern und sind gemäss einem kürzlich erschienenen Review weltweit umsetzbar (West et al., 2015). Hierzu zählen auch Kurzberatungen bei Zahnärzten, die nachweislich die Tabakabstinenzraten im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhen (Carr & Ebbert, 2012). Wenn die benachteiligte Zielgruppe also über Zugang zum Gesundheitswesen verfügt und solche Angebote in Anspruch nimmt, scheint die Einbindung der Tabakprävention in die bestehenden Angebote dieser Dienste eine effektive Strategie zu sein. Auch CIPRET Vaud hat zwischen 2011 und 2013 ein Unterstützungsangebot für Personen mit Leseschwäche mit dem Titel „Tabagisme et santé bucco-dentaire“ lanciert, bei welchem die Schädlichkeit des Tabakkonsums innerhalb einer Broschüre zur oralen Gesundheit thematisiert wurde (Salla, Pasche, & Zürcher, 2014). Die Informationen waren verständlich aufbereitet, sodass sie auch für benachteiligte Gruppen nachvollziehbar waren und 95% der Befragten gaben an, dass sie auch etwas zur Schädlichkeit des Tabakkonsums gelernt hätten (Salla et al., 2014).

Auch wenn die Nutzung von Rauchstopplinien durch benachteiligte Gruppen als Zusatzangebot zu funktionieren scheint (Miller & Sedivy, 2009), sind Hiscock et al. (2012) in ihrem Review skeptisch gegenüber der Wirksamkeit dieser Massnahme und verweisen darauf, dass vor allem gut gebildete Personen davon profitieren würden. Diese Skepsis ist sicherlich berechtigt, dennoch können bevölkerungsnahe Rauchstopplinien (z.B. auch in der Sprache der Zielgruppe) positive Einflüsse auf die Veränderung des Rauchverhaltens haben, wobei eine intensivierte und proaktive Strategie mit mehreren Kontakten erfolgsversprechend scheint (Stead, Hartmann-Boyce, Perera, & Lancaster, 2013).

Die Unterstützung und Beratung von benachteiligten Eltern ist höchst relevant und vor dem Hintergrund, dass alle Mütter gute Mütter sein wollen und auch als solche wahrgenommen werden möchten, sind Interventionen hin zu rauchfreien Wohnungen, da wo noch nicht umgesetzt, erfolgsversprechend (Rowa-Dewar, Lumsdaine, & Amos, 2015). Generell lässt sich festhalten, dass sich der Beginn von neuen Lebensabschnitten, sei dies durch Geburt, Heirat, Berufswechsel oder Umzug in eine neue Wohnung, gut für Verhaltensänderungen wie einen Rauchstopp eignet und somit bestehende Barrieren zu überwinden vermag.

Die Einbindung der Rauchstoppberatung in eine bestehende psychotherapeutische Behandlung kann für benachteiligte Rauchende gute Effekte erzielen, da der Tabakkonsum häufig als Strategie zur Stressbewältigung eingesetzt wird (Twyman et al., 2014). Im Rahmen eines Reviews wurden wichtige Implikationen für die Beratung zu häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit einer Tabakreduktion erarbeitet (Smith, Spadoni, & Proper, 2014). Dabei soll bei Beratungen, in denen nach Möglichkeit beide Themen bearbeitet werden, darauf geachtet werden, dass integrierte Stressmanagementstrategien vermittelt werden, dass für beide Partner separate Interventionen geplant werden und dass auch der gemeinsame Umgang mit Tabak thematisiert wird (Smith et al., 2014). Dieses Review trägt insbesondere auch dazu bei, Pflegefachfrauen für soziale Benachteiligung und das Rauchverhalten dieser Gruppe zu sensibilisieren.

Psychologische Interventionen zum Rauchstopp während der Schwangerschaft, zeigten auch bei Frauen mit tiefem sozioökonomischem Status Wirkung (Chamberlain et al., 2013). Verschiedene Formen der individuellen Beratung halfen dabei, den Rauchstopp während der Schwangerschaft umzusetzen, womit auch eine Reduktion von Frühgeburten verbunden war (Chamberlain et al., 2013). Unklar ist, ob Frauen in allen benachteiligten Gruppen gleichermassen von diesen psychologischen Interventionen profitieren, denn in einer Studie bei Frauen aus sog. „ethnischen Minderheitsgruppen“ konnte die Effektivität nicht abschliessend bestätigt werden (Chamberlain et al., 2013). Dass im Review von Chamberlain et al. (2013) kein klarer Effekt gefunden werden konnte, ist damit zu erklären, dass nur diejenigen Interventionen erfolgreich waren, die spezifisch auf die Minderheitsgruppen ausgerichtet waren indem sie deren Lebenslage und Sprache adäquat berücksichtig hatten. Beratungen und Therapie zeigen also den grössten Erfolg, wenn die Beratenden vertrauensbasiert vorgehen (z.B. via Sprache oder ähnlicher Herkunft) und/oder über sogenannte „transkulturelle Kompetenz“ (Domenig 2007) verfügen. Letztere setzt sich aus den drei Elementen

„Hintergrundwissen und Erfahrung“, „Selbstreflexion“ und „narrative Empathie“ zusammen und zielt auf die Befähigung der Protagonistinnen und Protagonisten der Regelversorgung ab (Ebd.). Eng damit verbunden ist auch die Verständlichkeit der Inhalte der Beratung, die als Voraussetzung für die Verhaltensänderung zu sehen ist.

Da Personen in benachteiligten Gruppen häufig nicht unmittelbar einen Rauchstopp anvisieren, aber ihren Tabakkonsum reduzieren möchten, wurde in einer Pilotstudie die Wirksamkeit einer Intervention mit klientenzentrierten Beratungen zur Reduktion des Tabakkonsums und Erhöhung der physischen Aktivität untersucht (Taylor et al., 2014). Die Autoren spielten dabei mit der Idee, dass die positiven Effekte von vermehrter sportlicher Aktivität und reduziertem Tabakkonsum womöglich auch die Absicht für einen Rauchstopp erhöhen könnten. Die Intervention konnte eine Reduktion der Anzahl gerauchter Zigaretten und vereinzelt auch Rauchstoppversuche bewirken (Taylor et al., 2014). Auch wenn die Studie als kosteneffektiv beurteilt wurde, empfehlen die Autoren die Überprüfung der Kosteneffektivität und Wirksamkeit anhand einer grösseren randomisiert kontrollierten Studie in benachteiligten Bevölkerungsgruppen. An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass Interventionen, welche die körperliche Aktivität in benachteiligten Gruppen verbessern möchten, als effektive Massnahme der Tabakprävention bestehen können, sofern die Zielgruppe körperlich in der Lage ist, die Inhalte des Programms umzusetzen. Die zielgruppenspezifische Ausrichtung ist auch hier ein wichtiger Erfolgsfaktor, um die Akzeptanz in der Gruppe zu erhöhen (Taylor et al., 2014). Allerdings wird von den Akteuren der Tabakprävention in der Schweiz klar die Devise vertreten, dass eine Reduktion des Tabakkonsums keine Option darstellt, und der entsprechende Slogan „Jede Zigarette schadet!“ verbreitet werden sollte.

Der Erfolg von Interventionen, die auf eine Verhaltensänderung abzielen, ist auch abhängig von der Kompetenz der Personen, die mit der Durchführung der Intervention beauftragt sind. Die Unterstützung des Rauchstopps im Rahmen einer ärztlichen Beratung zeigte sich als erfolgreicher, wenn die behandelnden Ärzte über ein Behandlungsmanual verfügten, dieses auch nutzten und als hilfreich einstufen und wenn sie zuvor ein evidenz-basiertes Training durchlaufen hatten (Brose et al., 2015). Der Zugang von behandelnden Personen zu Behandlungsmanualen mit aktuellen evidenz-basierten Interventionen zur Verhaltensänderung soll demnach gefördert werden. Die Autoren dieser Studie diskutieren aber auch, dass dies nur einer von vielen relevanten Erfolgsfaktoren einer Rauchstoppintervention darstellt und dass die Intervention bei sozioökonomisch benachteiligten oder stark abhängigen Raucherinnen und Rauchern weniger wirksam sein kann (Brose et al., 2015).

Auch Contingency Management (Belohnungssystem in Form von Vouchers) konnte die Aufrechterhaltung des Rauchstopps in bestimmten benachteiligten Gruppen begünstigen, wie ein Review bei Schizophrenie-Patienten zeigen konnte (Tsoi, Porwal, & Webster, 2013). Bei Opioid-Abhängigen zeigte diese Intervention nur kurzfristig positive Effekte auf eine Abnahme des Tabakkonsums (Dunn, Saulsgiver, & Sigmon, 2011). Von der Universität Miami wurde im März 2015 eine klinische Studie registriert, welche die Effektivität von *Contingency Management* bei schwangeren Frauen

aus Minoritäten untersuchen möchte und vermutet, dass Psychoedukation zum Rauchausstieg in Kombination mit *Contingency Management* kurz- und langfristig positive Effekte zeigt (NCT02195570). Ob Massnahmen mit Belohnungssystem für Tabakabstinenz in einer bestimmten benachteiligten Gruppe dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, muss im Einzelfall geprüft werden.

Erfahrungswert: Psychologische Interventionen auf Ebene des Individuums begünstigen die Sensibilisierung der benachteiligten Personen für die Gefahren des Tabaks, wenn die beratende Person glaubwürdig erscheint und Vertrauen erweckt. Wichtig ist, dass Beratende sowohl über die fachliche als auch über soziale Kompetenz verfügen, um die Bedeutung der spezifischen Benachteiligung eines Individuums richtig einordnen zu können. Die geschlechtsspezifische Beratung kann sowohl bei der Verhinderung des Raucheinstiegs als auch bei der Tabakentwöhnung hilfreich sein und die Verständlichkeit der vermittelten Information beeinflussen. Während die psychologische Beratung von Personen, die bereits in Behandlung sind, einfach auch für Massnahmen der Tabakprävention genutzt werden kann, ist umgekehrt schwieriger, Personen aus benachteiligten Gruppen für (regelmässig erfolgende) psychologische Beratungen zu begeistern. Die individuelle Beratung kann auch als beschämend oder unangenehm empfunden werden, was sich negativ auf den Erfolg auswirkt und Ungleichheiten vergrössert. Die Form der individuellen Beratung ist gut geeignet, um die Fähigkeit eigene Gefühle zuzulassen und darüber zu sprechen zu erlernen, wenn das Beratungsangebot akzeptiert wird. Persönliche Beratungen können aber finanziell teuer sein und lohnen sich daher nur, wenn die Personen, die eine Beratung in Anspruch nehmen auch tatsächlich eine Veränderungsabsicht zeigen bzw. ein Interesse an der Beratung haben. Programme zur Sensibilisierung von benachteiligten Eltern und Angehörigen, die eine niederschwellige Beratung zu den Risiken des Tabakkonsums beinhalten sind jedoch effizient für das Fördern der Gesundheitskompetenz und des Verständnisses für Schutz vor Passivrauchen.

4.4.3 Gruppeninterventionen und Mehrwert bestehender sozialer Netzwerke

Das Rauchverhalten in sozialen Netzwerken hat einen grossen Einfluss auf das Rauchverhalten der Personen in den jeweiligen Netzwerken (für eine Übersicht vgl. Soom Ammann & Salis Gross, 2013). Eine frühere Studie konnte zeigen, dass wenn der Partner, ein Familienmitglied oder jemand im Freundeskreis oder Arbeitsumfeld einen Rauchstopp vollzog, die Wahrscheinlichkeit selbst zu rauchen reduziert war (Christakis & Fowler, 2008). Da sich das Rauchverhalten in Kaskaden über enge als auch weite soziale Bindungen verbreitet, ist auch ein gemeinsamer Rauchstopp einer Gruppe wahrscheinlich (Christakis & Fowler, 2008). Dass aber lediglich die Verstärkung der Unterstützung durch den Partner eine wirksame Massnahme zum Rauchstopp sein würde, konnte nicht belegt werden (Park, Tudiver, & Campbell, 2012). Vielversprechend sind hingegen Studien zu Peer-Support, die den Rauchstopp von anderen Personen in derselben benachteiligten Gruppe unterstützen (Ford, Clifford, Gussy, & Gartner, 2013). Diese Studien im Review von Ford et al.(2013) berichteten aber lediglich von kurz- und mittelfristig erreichten Erfolge beim Rauchstopp durch Peer-Support und lassen dabei die Frage der Nachhaltigkeit der Interventionen offen. Um Personen für

Rauchstoppprogramme zu rekrutieren, eignen sich daher persönliche, zielgruppenspezifische Interventionen mit proaktiver Rekrutierung, die über mehrere Kontakte mit der Gruppe erfolgt (Marcano Belisario, Bruggeling, Gunn, Brusamento, & Car, 2012). Salis Gross (2010) verweist darauf, dass starke Beziehungen für den Suchtausstieg und die Prävention höchst relevant sind und speziell bei benachteiligten Gruppen nachhaltige Effekte zeigen können. Die Einbettung einer Intervention in einem vertrauten Umfeld sowie unter Einbeziehen vorhandener sozialer Netzwerke macht die Teilnahme und den Verbleib im Programm wahrscheinlicher und Erfolge können längerfristig erhalten werden (Salis Gross, Soom Ammann, & El Fehri, 2012). Erfolgt ein Rauchstopp innerhalb eines sozialen Netzwerks mit akzeptierender und unterstützender Haltung, indem bestenfalls noch weitere Mitglieder dieselbe Verhaltensänderung vollzogen haben, wird auch nach der Intervention die Aufrechterhaltung der Abstinenz gestützt. So zeigte die Evaluation eines entsprechenden Pilotprojektes mit türkischsprachigen Gruppenrauchstoppkursen für türkische MigrantInnen in der Schweiz eine ausgesprochen hohe Haltequote sowie sehr hohe *Quit*-Raten auch noch im *Follow-Up* ein Jahr nach dem Rauchstopp (Schnoz et al. 2011, Salis Gross et al., 2009).

Zumindest in Amerika scheint neben der sexuellen Minorität auch die ethnische Herkunft einen Einfluss auf das Rauchverhalten zu haben, wobei unter den schwarzen Schwulen und Lesben weniger Rauchende zu finden waren (Ortiz, Duncan, Blosnich, Salloum, & Battle, 2015). Diese Studie beschreibt zwar nicht die Effektivität eines Rauchstoppprogrammes, zeigt aber schön auf, dass bei der Planung der Intervention auch innerhalb von sexuellen Minoritäten noch zentrale Unterschiede auftreten, denen möglicherweise mit unterschiedlichen Präventionsansätzen begegnet werden muss. Dieser Multilevelansatz im Rahmen einer LGBT-spezifischen Massnahme zur Unterstützung des Rauchstopps zeigte sich in zwei Studien mit Gruppeninterventionen erfolgreich, in denen knapp 90% (Walls & Wisneski, 2010) und knapp 60% der Studienteilnehmenden (Eliason, Dibble, Gordon, & Soliz, 2012) anschliessend rauchfrei waren. Obwohl beide Studien mit einem Gruppenrauchstopp positive Resultate zeigen konnten, soll hier noch angemerkt werden, dass LGBT aus ethnischen Minoritäten weniger erfolgreich waren, was erneut die Wichtigkeit der Betrachtung von mehreren Dimensionen gleichzeitig hervor hebt.

Erfahrungswert: Gruppeninterventionen für den Rauchstopp bei benachteiligten Gruppen gelten als effektiv und sind auch für die Sensibilisierung der Gruppe gut geeignet. Durch Events und Rauchstoppkurse, die unter Einbeziehung von Personen aus benachteiligten Gruppen stattfinden, können die Gefahren des Tabakkonsums näher gebracht und diskutiert werden. Das Commitment einer ganzen Gruppe gilt als Erfolgsfaktor für die Massnahme selbst und die Unterstützung durch eine Gruppe kann den Erfolg der Massnahme kurz- und langfristig positiv beeinflussen. Dennoch kann die Gruppendynamik umgekehrt auch als Beeinträchtigung des Erfolgs verstanden werden, wenn Personen aus der Gruppe sich nicht an die Regeln halten oder nicht wirklich an einer Veränderung des Konsumverhaltens interessiert sind. Dem kann mit sorgfältig beobachteten Gruppenbildungsprozessen entgegengehalten werden. Gruppenkurse zur Unterstützung der Tabakentwöhnung sollten immer auch das Ziel der Förderung der Gesundheitskompetenz von benachteiligten Gruppen verfolgen und zeigen dann den besten Effekt. Wenn die Gruppenmeetings als sinn-

voll erachtet werden, sind sowohl Gruppen aus bestehenden sozialen Netzwerken zusammengesetzt als auch neu formierte Gruppen, die dasselbe Ziel verfolgen, erfolgreich. Zudem kann die Massnahme im Vergleich zur individuellen Beratung preiswert ausfallen, wobei bedacht werden muss, dass die Kursorganisation mit Einbindung von Schlüsselpersonen je nach Gruppe zeitaufwändig sein kann.

4.4.4 Webbasierte Rauchstoppinterventionen

Raucherinnen und Raucher nutzen in anderen Ländern (zur Schweiz gibt es bisher noch keine Daten dazu) fast doppelt so häufig wie Nichtraucher das Internet, um Unterstützung in Gesundheitsbelangen zu suchen (Shahab, Brown, Gardner, & Smith, 2014). Angebote der Tabakprävention im Internet können benachteiligte Gruppen gut erreichen, zur Wirksamkeit der Angebote fehlt bisher jedoch noch Evidenz (Hiscock et al., 2012). Sofern die Angebote sorgfältig auf die benachteiligte Gruppe zugeschnitten sind und über eine glaubwürdige Quelle vermittelt werden, gelten webbasierte Angebote zur Unterstützung des Rauchstopps bei Personen in benachteiligten Gruppen als wirksam. Auch innovative Interventionen mit Nachrichtenversand über das Mobiltelefon können langfristige Erfolge bei der Umsetzung des Rauchstopps bringen (Whittaker et al., 2012). Da viele der benachteiligten Gruppen über regelmässige oder teilweise auch übermässige Mobiltelefon- und Internetnutzung berichten, bietet es sich an, zukünftige Interventionen kostengünstig mit Einbezug dieser neuen Technologien zu planen. Dennoch darf dabei nicht vergessen werden, dass es auch Gruppen gibt, wie beispielsweise die erste Generation der Migrationsbevölkerung, in welchen noch nicht alle Personen über das technische *Know-How* verfügen (*Digital Divide*). Durch partizipative Einbindung von Gruppenmitgliedern der anvisierten benachteiligten Gruppe, kann diesem Umstand hinsichtlich Interventionsplanung Rechnung getragen werden.

Webbasierte Angebote der Tabakprävention zeigen vielversprechende Ergebnisse und haben eine grosse Reichweite. In einem *Cochrane Review* konnte gezeigt werden, dass vor allem webbasierte Interventionen mit interaktiven Elementen, die genau auf die Zielgruppe zugeschnitten waren, als effektive Unterstützung beim Rauchstopp zu werten waren (Civljak, Stead, Hartmann-Boyce, Sheikh, & Car, 2013). Der Vergleich von webbasierten Interventionen zur Tabakreduktion mit *Face-to-Face*-Angeboten und Selbsthilfetools zeigte hingegen keine konsistenten Effekte (Civljak et al., 2013). Allerdings konnte in einer niederländischen randomisiert-kontrollierten Studie gezeigt werden, dass Personen mit einem erhöhten Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen webbasierte Interventionen der Gesundheitsförderung häufiger als empfohlen genutzt haben (Reinwand, Schulz, Crutzen, Kremers, & de Vries, 2015). Dennoch verweisen die Autoren darauf, dass zukünftige Forschung relevant sei, um webbasierte Interventionen der Tabakprävention für Personen mit einem ungesunden Lebensstil, der vor allem mit tiefem sozioökonomischem Status assoziiert wird, attraktiver zu machen. Der Impact von webbasierten Tabakpräventionsmassnahmen auf bestehende soziale Ungleichheiten muss dabei überprüft werden,

Ein Review zu 60 randomisiert kontrollierten Studien zum Rauchstopp oder zur Rückfallprävention anhand von elektronischen Hilfen, wozu die Autoren unter anderem Internetseiten, Computerprogramme oder Textnachrichten über Mobiltelefone zählten, konnte ebenfalls Wirksamkeitsnachweise für benachteiligte Gruppen aufdecken (Chen et al., 2012). Die Studie erläutert die Wichtigkeit der Akzeptanz der Programme durch die benachteiligte Gruppe und fordert die Überprüfung der Effektivität des Einbezugs von Mitgliedern der Zielgruppe bei der Entwicklung der Programme (Chen et al., 2012). Verschiedene Reviews zur Effektivität von Interventionen mit SMS-Nachrichten zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens zeigten vielversprechende Effekte, konnten aber meist nicht sagen, welche Faktoren dafür verantwortlich waren, dass sich das Gesundheitsverhalten der Stichprobe mit der Intervention mehr oder weniger verbessert hatte (A. K. Hall, Cole-Lewis, & Bernhardt, 2015). Qualitativ starke Studien zur Effektivität von SMS-basierten Interventionen zum Rauchstopp in benachteiligten Gruppen sind bislang noch relativ rar. Die Nutzung von neuen Kommunikationsmedien für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen befindet sich noch am Anfang. Neben SMS, können auch Gruppenchats im WhatsApp, Foren, spezifische Seiten und Gruppen bei Facebook oder vergleichbare virtuelle soziale Netzwerke für die Erhöhung der Gesundheitskompetenz oder die Unterstützung eines Rauchstoppvorhabens verwendet werden. Dabei soll diejenige Person, welche die Gruppe erstellt, möglichst gemäss dem Peer-Ansatz gewählt werden, um die Akzeptanz und Glaubwürdigkeit der Präventionsstrategie zu erhöhen. Verglichen mit webbasierten zielgruppenspezifischen Textinterventionen, zeigen webbasierte Interventionen mit Videobotschaften, die auf die Zielgruppe zugeschnitten sind, unabhängig vom Bildungsstand positive Effekte hinsichtlich Rauchstopp, speziell auch für die Gruppe der Rauchenden mit niedriger Aufhörenbereitschaft (Stanczyk et al., 2014). Personalisierte Interventionen mit Echtheits- und bestenfalls auch Echtzeitelementen scheinen auch für benachteiligte Gruppen attraktiv zu sein und zukünftige Forschung wird sicherlich daran anknüpfen. Da in der Migrationsbevölkerung in der Schweiz nun auch die 2. Generation der Migrantinnen und Migranten Zugang zu sozialen Medien hat und diese auch nutzt, kann mit dem richtigen Angebot nun auch eine breite Gruppe erreicht werden, während die Anzahl der Teilnehmenden beispielsweise bei Gruppenrauchstoppkursen begrenzt ist. Das Interventionselement der starken Kontakte kann auch expliziter Teil solcher Interventionen werden, wovon die Änderungsmotivation und auch Rückfallvorbeugung der Teilnehmenden profitieren kann. Die Kommunikation von gesundheitsrelevantem Wissen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dieser Gruppen ist ebenfalls ein relevanter Aspekt der webbasierten Angebote (Beacom & Newman, 2010).

Online-Plattformen, die lediglich Gesundheitsinformationen bereit stellen, sind alleine nicht ausreichend, während interaktive Programme Effekte zeigten. Dies zeigte sich auch im Vergleich mit einer interaktiven webbasierten Intervention zur Tabakreduktion mit dem Namen *Stop Advisor*, die erfolgreicher war für den Rauchstopp in Gruppen mit tiefem sozialökonomischem Status (J. Brown et al., 2014). Die Autoren dieser Studie schlussfolgerten, dass die Implementierung solcher Programme leicht umsetzbar ist und die Rauchstoppraten in benachteiligten Gruppen verbessern könnte. Die Anpassung dieser Intervention im Rahmen eines Pilotprojekts zur Unterstützung des

Rauchstopps bei werdenden Müttern erwies sich ebenfalls als wirksam (Herbec, Brown, Tombor, Michie, & West, 2014).

Mit der Möglichkeit von webbasierten Interventionen öffnet sich auch ein neues Feld der Beratung und Intervention bei Dualdiagnosen, wenn eine doppelte Substanzabhängigkeit vorliegt oder die Substanzabhängigkeit an eine psychische Störung gekoppelt ist. Die Komorbidität kann ebenfalls als Benachteiligung definiert werden, da die eine störungsspezifische Komponente häufig den kombinierten Substanzgebrauch in negativer Weise beeinflusst. Da beim Co-Konsum von Tabak und Cannabis meist keine Veränderungsbereitschaft bei den Konsumenten zu finden ist, wurde in einer dreiarmligen randomisiert kontrollierten Studie überprüft, ob eine webbasierte Kurzintervention geeignet sei, um die Bereitschaft für einen doppelten Rauchstopp zu erhöhen (Becker, Haug, Sullivan, & Schaub, 2014). Nachdem sich eingangs eine erhöhte Bereitschaft für einen Rauchstopp beider Substanzen bemerkbar machte, konnte bei der *Follow-Up* Befragung nach 8 Wochen in keiner der drei Gruppen (personalisiertes normatives Feedback vs. motivierende Gesprächsführung vs. Psychoedukation) eine signifikante Reduktion des Tabak- oder Cannabiskonsums festgestellt werden (Becker et al., 2014). Demnach wäre zukünftig zu prüfen, ob eine zusätzliche Intervention zum Zeitpunkt der anfänglichen Generierung der Bereitschaft zur Konsumverhaltensänderung bei Personen einzusetzen wäre, die im Sinne einer doppelten Abhängigkeit benachteiligt sind.

Erfahrungswert: Die Nutzung von Internet und sozialen Medien spielt bereits jetzt eine wichtige Rolle in der Tabakprävention für benachteiligte Gruppen. Aktualisierte Webseiten zu den Präventionsangeboten gehören zum Standard, weiterführende Links können dort platziert werden und tragen zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei. Für Gruppeninterventionen, die auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt sind können Gruppenchats während und nach der Intervention den Erfolg von Verhaltensänderungen wie einem Rauchstopp visualisieren und unterstützen. Bei webbasierten Selbsthilfetools muss jedoch der Bedarf in benachteiligten Gruppen vor der Projektdurchführung abgeklärt werden. Nur wenn das Angebot benutzerfreundlich und zielgruppenspezifisch ist und über Kanäle der benachteiligten Gruppe verbreitet wird, wird es auch genutzt und kann positiven Einfluss zeigen auf die Sensibilisierung, Förderung der Gesundheitskompetenz oder einen Rauchausstieg. Die webbasierte Aufklärung kann auch benachteiligte Kinder und Jugendliche erreichen und für die Verhinderung des Raucheinstiegs dienlich sein, wenn gezeigt wird, dass Tabakkonsum nicht der Norm entspricht. Die Verständlichkeit des Inhalts (Sprache der Zielgruppe) und die richtige Einbettung des Angebots sind massgeblich am Erfolg der Massnahme beteiligt. Der Internetzugang gilt heutzutage nur selten als Barriere, allerdings darf das technische und inhaltliche Verständnis der Intervention nicht durch die Benachteiligung (z. B. kognitive Defizite, höheres Alter) beeinträchtigt sein, damit die Massnahme wirksam ist. Die einfache Verständlichkeit kann durch Bilder und Graphiken unterstützt werden, beim Text gilt oft: weniger ist mehr.

4.4.5 Relevanz von Nikotinersatzprodukten und die Diskussion zu E-Zigaretten

Aufgrund von weniger zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Erlangung von Gesundheitskompetenz in benachteiligten Gruppen, kann auch das Aufzeigen von Alternativen zum Zigarettenrauchen eine wichtige Komponente der Tabakprävention darstellen. Auch hier gilt es, bestehende Barrieren abzubauen, was beispielsweise durch die Begleitung oder eine achtsame Beratung beim erstmaligen Kauf von Nikotinersatzprodukten und Erläuterung der Packungsbeilage geschehen kann. Die sogenannte *Nicotine Replacement Therapy* (NRT) ist eine sichere und effektive Massnahme zur Unterstützung eines Rauchstoppvorhabens. Für den erfolgreichen Umstieg auf Alternativen zum Zigarettenkonsum scheint mitunter auch die Motivation zur Verhaltensänderung ausschlaggebend zu sein (Jha & Peto, 2014). Wenn bei Personen, die vorher 15 oder mehr Zigaretten pro Tag geraucht haben, tatsächlich ein Rauchstoppversuch erfolgt und diese Personen NRT-Produkte in Anspruch nehmen wollen, gilt diese Massnahme als höchst effizient (West et al., 2015).

Ein Review zeigte, dass die Pharmakotherapie mit Bupropion oder Varenicilin (Champix®) bei Patienten mit einer Schizophrenie einen Rauchstopp unterstützen konnte, wobei bei Varenicilin unklar sei, ob psychiatrische Nebenwirkungen auftreten (Tsoi et al., 2013). In einer randomisiert Placebo-kontrollierten Doppelblindstudie zeigte Varenicilin jedoch positive Effekte auf die Rauchstopprate bei Personen mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen, ohne die psychotischen Symptome zu verschlimmern (Williams et al., 2012).

Gleichwohl stellt sich beim Einsatz von Nikotinersatzprodukten bei benachteiligten Gruppen die Frage, ob die Zielgruppe diese Medikamente auch konsequent verwendet. Demnach müssten allenfalls im Rahmen der Intervention auch Strategien für die Einhaltung der Medikamentenbestimmungen bedacht werden. Zurzeit beschränkt sich die Evidenz dazu nur auf wenige Studien und lässt keine klaren Schlüsse zu, ob die Einnahme von NRT-Produkten bei abhängigen Raucherinnen und Rauchern verbessert werden kann (Hollands et al., 2015). Bei der Befragung von Experten der Tabakprävention in Australien und Neuseeland wurden medizinische Interventionen bei Personen aus benachteiligten Gruppen mit schlechter psychischer Gesundheit und/ oder schlechten finanziellen Verhältnissen sogar als wirksamste Strategie der Tabakprävention identifiziert (Paul, Turon, Bonevski, Bryant, & McElduff, 2013).

Aus einer amerikanischen Studie, die sich mit den Präferenzen von spezifischen Rauchstoppinterventionen für Homosexuelle, Bisexuelle und Transgender (LGBT) auseinandergesetzt hat, geht hervor, dass die Akzeptanz von evidenz-basierten Rauchstoppinterventionen wie NRT-Produkte in dieser Gruppe vorhanden ist, dass aber viele keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen würden (Levinson, Hood, Mahajan, & Russ, 2012). Daraus folgerten die Autoren, dass Präventionskampagnen die Motivation zum Rauchstopp verstärken und nichtklinische Angebote für Personen mit homo- und bisexueller Orientierung oder unbestimmter Geschlechtsidentität zugänglich machen sollten (Levinson et al., 2012).

Benachteiligte Gruppen sollen auch über die Diskussion zu den elektronischen Zigaretten möglichst differenziert informiert werden, damit die Gefahren (Beibehalten von Rauchgewohnheiten in Form einer Zigarette, Nikotin oder allenfalls andere gesundheitlich problematische Stoffe) bekannt sind. Aktuell ist die Diskussion zu E-Zigaretten noch voll im Gange: So werden diese z.B. als Möglichkeit im Rahmen einer Schadensminderung benannt (W. Hall, Gartner, & Forlini, 2015), oder es wurde die Effektivität von E-Zigaretten mit und ohne Nikotin mit der Effektivität eines Nikotinersatzproduktes in Pflasterform bei Personen mit einer diagnostizierten psychischen Störung verglichen (O'Brien, Knight-West, Walker, Parag, & Bullen, 2015). Dabei zeigte sich kein Unterschied zwischen E-Zigaretten und NRT-Produkten und alle Gruppen rauchten nach der Intervention weniger als vorher. In der Schweiz hat ein kürzlich veröffentlichtes Konsens-Papier die Expertenmeinungen im Rahmen einer Delphi-Studie erhoben (Blaser & Cornuz, 2015). Hier wird darauf verwiesen, dass nikotinhaltige Zigaretten nur reguliert zugänglich gemacht werden sollten, und zwar unter folgenden Bedingungen: Zugänglich nur für Erwachsene, unter Einhaltung von Qualitätsstandards, mit der Festlegung einer oberen Nikotingrenze und unter Angabe von weiteren Inhaltsstoffen. Die Promotion solle ebenfalls Restriktionen unterliegen und der Gebrauch im öffentlichen Raum verboten werden. Die Schweizer Behörden werden darin aufgerufen, spezifische Regulierungen zum Verkauf von nikotinhaltigen E-Zigaretten zu etablieren.

Erfahrungswert: Der Wissensstand zu NRT-Produkten ist in benachteiligten Gruppen häufig stark eingeschränkt bzw. nicht vorhanden und die Wissensvermittlung durch Schlüsselpersonen und Peers ist relevant. Der Umstieg auf NRT-Produkte sollte nach Möglichkeit begleitet erfolgen, ob durch eine beratende Person oder eine Person aus der Gruppe mit Selbsterfahrung. Die Vorteile von NRT-Produkten sollten den benachteiligten Gruppen aufgezeigt werden. Wenn finanzielle Mittel vorhanden sind, hilft der kostenlose oder vergünstigte Zugang zu den Alternativen und der Umstieg könnte auch an eine Belohnung gekoppelt werden. Erfahrungsberichte von Peers helfen, zusätzlich, die Akzeptanz solcher NRT-Produkte in benachteiligten Gruppen zu erhöhen. Zu E-Zigaretten sollte möglichst differenziert informiert werden und auch auf die bestehenden Gefahren hingewiesen werden.

4.5 Ebene II: Effektivität von politischen Massnahmen der Tabakprävention

4.5.1 Erhöhung von Zigarettenpreis und Tabaksteuer

Die Erhöhung des Zigarettenpreises oder der Tabaksteuer ist mit einer Reduktion der Prävalenz des Tabakkonsums in Gruppen mit tiefem sozioökonomischem Status und Handwerksberufen verbunden (Thomas et al., 2008). Die Autoren dieses Reviews folgerten daraus, dass Preiserhöhungen als Intervention auf Bevölkerungsebene am besten dazu geeignet sind, gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung zu vermindern. Auch weitere Übersichtsarbeiten konnten kurzfristig positive Effekte von Preiserhöhungen auf den Tabakkonsum in benachteiligten Gruppen nachweisen. Eine kürzlich erschienene Studie zu einer Kosteneffektivitätsanalyse einer möglichen Tabaksteuererhöhung in China kommt zum Schluss, dass insbesondere Personen mit tiefem sozioökonomi-

schem Status von dieser Massnahme profitieren würden (Verguet et al., 2015). Gemäss Verguet et al. (2015) würde eine substantielle Erhöhung der Zigarettenpreise durch Erhöhung der Tabaksteuer in sozial benachteiligten Gruppen sowohl den Tabakkonsum, die Gesundheitskosten und bestehende Ungleichheiten reduzieren als auch zu einer nennenswerten Verbesserung der Gesundheit dieser Gruppe beitragen (Verguet et al., 2015). Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass China nicht zu den Ländern mit hohem Einkommensniveau zu zählen ist und daher die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, beispielsweise für die Schweiz, fragwürdig ist.

Während in der Schweiz keine regionalen Unterschiede der Zigarettenpreise existieren und lediglich der zollfreie Einkauf deutlich profitabler ist, kommt es in anderen Ländern je nach Wohnquartier zu unterschiedlichen Preisen. So verzeichnet beispielsweise Australien in einkommensschwachen Stadtvierteln deutlich mehr Filialen, die Zigaretten verkaufen und diese gleichzeitig noch günstiger anbieten (DalGLISH, McLaughlin, Dobson, & Gartner, 2013). Dass in solchen Gebieten eine Erhöhung der Zigarettenpreise kombiniert mit eingeschränkter Verfügbarkeit von Zigaretten Effekte auf das Rauchverhalten von benachteiligten Personen haben könnte, ist höchst wahrscheinlich.

Allerdings muss bedacht werden, dass benachteiligte Gruppen nicht automatisch mit dem Rauchen aufhören, da das Rauchverhalten häufig Ausdruck einer starken Nikotinabhängigkeit ist. Dadurch kann also eine Intervention, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärken, da die Rauchenden womöglich auf günstigere Möglichkeiten des Tabakkonsums ausweichen (Choi, Hennrikus, Forster, & St Claire, 2012). Wenn durch bestimmte Promotionen oder den Kauf in grossen Mengen die einzelnen Zigaretten günstiger werden, kann zudem das Vorhandensein eines Vorrats an Zigaretten einen Rauchstopp erschweren. Diesen Aspekten muss deshalb in der Prävention bei speziellem Augenmerk geschenkt werden um gesundheitliche Ungleichheiten zu vermindern (Peretti-Watel & Constance, 2009).

Erfahrungswert: Da die Zigarettenpreise in der Schweiz zwar kontinuierlich, aber langsam ansteigen, wird der Preisanstieg häufig kaum zur Kenntnis genommen. Zurzeit sind handelsübliche Zigaretten auch für benachteiligte Personen noch erschwinglich, wobei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status ihre Zigaretten unterdessen häufig selbst drehen und so der Preiserhöhung auszuweichen versuchen. In der Prävention sollte dieses Thema deshalb jeweils speziell angesprochen werden.

4.5.2 Einführen und Ausweiten von Rauchverboten

Die WHO-Konvention beschreibt Massnahmen zur Reduktion von tabakbedingten Ungleichheiten in sozial schwächer gestellten Gruppen. Dabei wird ein absolutes Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, am Arbeitsplatz und auf öffentlichen Plätzen gefordert (World Health Organization, 2008).

Diese gesetzliche Verbotsregelung gilt als eines der wenigen Beispiele dafür, dass regulierende Massnahmen erfolgreich sein können. Durch die Einschränkungen der Möglichkeiten des Tabak-

konsums im sozialen Rahmen, nehmen die Gelegenheiten des Tabakkonsums kontinuierlich ab. Da die gesamte Bevölkerung geschützt werden soll, basieren diese Massnahmen auf Gesetzesregelungen, die immer wieder geprüft werden sollen.

Rauchverbote in geschlossenen Räumen und Wohnungen mit Kindern sind wichtige Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen. Die Anzahl in der Wohnung gerauchter Zigaretten ist deutlich höher bei Personen in einer Studie zu ethnischen Minderheiten mit tiefem sozio-ökonomischem Status, die kein Rauchverbot zu Hause hatten, verglichen mit Personen, die ein partielles oder vollständiges Rauchverbot für die Wohnräume eingeführt hatten (Rees et al., 2014). Zudem wurde bei Entscheid für ein partielles oder vollständiges Rauchverbot in der Wohnung häufiger draussen geraucht (Rees et al., 2014). Die Autoren dieser Studie halten jedoch fest, dass noch unklar sei, welche Erfolgsfaktoren für Interventionen für rauchfreie Wohnungen auszumachen sind. Weiter weisen sie darauf hin, dass zukünftige Studien prüfen sollen, ob Interventionen zur Erhöhung der Motivation zu einer Verhaltensänderung vor allem bei benachteiligten Gruppen, die noch keine rauchfreie Wohnung haben sinnvoll sind und ob bei rauchfreien Wohnungen eher die Vermittlung von Skills zur Rückfallprävention relevant wären (Rees et al., 2014). Bei Minoritätsfamilien mit tiefem Einkommen und Kindern mit Asthma zeigten verschiedene minimale Interventionen (Video, Aufgabenbücher, Kurzberatung), gleich wie die vermeintliche Kontrollgruppe, die eine Broschüre erhielt, was ebenfalls als Intervention gelten würde, positive Effekte. Viele der wenigen Haushalte, die noch nicht rauchfrei waren, hatten diesen negativen Umstand bei den beiden Follow-Up Zeitpunkten verändert und ein Rauchverbot eingeführt (Streja et al., 2014).

Dass rauchfreie Wohnungen hilfreich sind bei der Reduktion des Tabakkonsums und dem Rauchstopp in benachteiligten Gruppen lässt auch eine amerikanische Studie vermuten. Auch wenn Personen aus niedrigen Einkommenschichten sich seltener zu rauchfreien Wohnungen entschliessen als der Mittelstand, waren immerhin das Rauchverhalten und die Rauchstoppversuche derjenigen Haushalte, die rauchfrei wurden, später vergleichbar mit Personen aus normalen Einkommensklassen (Vijayaraghavan, Messer, White, & Pierce, 2013).

Gemäss einer Studie zum Rauchstopp bei Frauen in fünf europäischen Ländern folgerten die Autoren, dass Frauen in Ländern mit einer sehr restriktiven Politik häufiger einen Rauchstopp durchgeführt haben (Allen et al., 2014). Allerdings zeigten Raucherinnen in diesen Ländern häufiger Zeichen einer Nikotinabhängigkeit, indem sie beispielsweise häufiger die erste Zigarette innerhalb der ersten 30 Minuten nach dem Aufstehen geraucht haben (Allen et al., 2014). Daraus lässt sich also keine klare Evidenz ableiten und zukünftige Forschung sollte prüfen, inwiefern Geschlechtsunterschiede beim Rauchstopp berücksichtigt werden sollen. Eine erste vertiefte Analyse von Frauen und Rauchen in Deutschland wurde 2008 veröffentlicht, die Empfehlungen zur frauenspezifischen Tabakentwöhnung hervor brachte, die damals bereits in Schweden umgesetzt worden ist (Pust, Schaller, & Pötschke-Langer, 2008). Auch dort wurde auf die Relevanz von geschlechtsspezifischer Begleitforschung der Tabakprävention verwiesen, die aber so bis heute noch nicht umgesetzt worden ist.

Erfahrungswert: Die Rauchverbote und die Wissensvermittlung hinsichtlich Schädlichkeit des Passivrauchens werden in der Schweiz von Projekten, die sich an benachteiligte Gruppen richten umgesetzt. Diese Massnahmen sind als erfolgreich zu werten, zurzeit zum Beispiel in einem migrationspezifischen Projekt die meisten Vereinslokale und Moscheen rauchfrei sind. Positive Effekte von Rauchverboten im Auto wären zu erwarten, sind jedoch in der Schweiz im Gegensatz zu anderen Ländern, in denen dies bereits geschehen ist (z.B. Frankreich, Italien, Grossbritannien), gesetzlich schwierig umzusetzen. Daher ist die Sensibilisierung in den betroffenen Gruppen empfehlenswert. Die Koppelung der Information an Informationen zur Gesundheitsgefährdung für Kinder macht bei Familien durchaus Sinn. Wenn in Räumen (z.B. an einem Hochzeitsfest) geraucht wird und Kinder dabei sind, hilft es ebenfalls auf die hustenden Kinder zu verweisen und Lösungsvorschläge (draussen rauchen) aufzuzeigen.

4.5.3 Beschränkungen im Verkauf an Minderjährige

Einschränkungen der Verfügbarkeit von Zigaretten können vermutlich ebenfalls dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten in benachteiligten Gruppen zu reduzieren. Da jedoch nur sehr begrenzt Daten dazu verfügbar sind (Amos, Brown, & Platt, 2013b) und sich die Relevanz von Verkaufsbeschränkungen an Minderjährige kaum bestreiten lassen, wird diese Massnahme nicht vertieft behandelt.

Neben Einschränkungen im Verkauf an Minderjährige empfiehlt die WHO Konvention ein globales Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring (World Health Organization, 2008), das ebenfalls im geplanten Schweizer Tabakproduktegesetz berücksichtigt werden soll. Anders als in den meisten Teilen Europas sind in der Schweiz zurzeit lediglich die Radio- und Fernsehwerbung sowie z.T. die Plakatwerbung verboten, während z.B. das Sponsoring von Festivals und anderen Events noch zulässig sind. Ein Projekt zur Beobachtung der Marketingstrategien für Tabakprodukte aus der französischsprachigen Schweiz konnte zeigen, dass die Tabakindustrie mit ausgeklügeltem Erlebnismarketing speziell junge Personen anzusprechen versucht (Canevascini, Kuendig, Perrin, & Véron, 2015). Obwohl anhand der gegenwärtigen Studienlage nicht abgeschätzt werden kann, welchen Einfluss die Tabakpromotion und das Sponsoring auf das Rauchverhalten von benachteiligten Gruppen haben, ist davon auszugehen, dass sich eine weitere Einschränkung der Tabakwerbung positiv auf den Rauchstatus von benachteiligten Gruppen auswirken würde.

Erfahrungswert: Die Verkaufsbeschränkungen sind aus Sicht der Prävention im Sinne einer Normsetzung und als pädagogischer Hinweis relevant, haben jedoch auf das Rauchverhalten auch von benachteiligten Bevölkerungsgruppen nur beschränkten Einfluss. Beispielsweise stellt die Verfügbarkeit von Zigaretten u.U. keine Barriere dar, da auch minderjährige Rauchende durch Familienmitglieder oder über den Freundschaftskreis Zigaretten beziehen können. Einschränkungen im Marketing von Zigaretten, haben auch für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen posi-

tive Effekte, insbesondere wenn es um Aktivitäten geht, die diese Gruppe betreffen. Die Reduzierung von Verkaufspunkten könnte in dieser Perspektive stärkere Effekte zeigen.

4.5.4 Medienkampagnen und Veränderung der sozialen Normen

Medienkampagnen werden als Massnahme der Tabakprävention eingesetzt, um Tabakkonsum nicht mehr als erstrebenswert erscheinen zu lassen und damit einen Wandel der sozialen Normen zu begünstigen. Allgemeine Medienkampagnen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, gelten als wenig erfolgreich mit Blick auf die Prävention des Tabakeinstiegs oder des Rauchstopps bei benachteiligten Gruppen (Niederdepe, Kuang, Crock, & Skelton, 2008). Dies wird damit erklärt, dass generelle Botschaften zum Rauchstopp lediglich bedingt aussagekräftig sind für benachteiligte Gruppen und nicht unbedingt helfen, die Motivation für eine Verhaltensänderung entstehen zu lassen oder einen Rauchstopp über längere Zeit hinweg zu halten (Niederdepe et al., 2008). Grundsätzlich wird solchen Medienkampagnen kein grosser Impact zugemessen, dennoch können Personen in benachteiligten Gruppen über Medienkampagnen sensibilisiert werden (Guillaumier, Bonevski, & Paul, 2012). Medieninterventionen zeigen einen positiven Effekt auf die Chancengleichheit von benachteiligten Gruppen (Hiscock et al., 2012), wenn sie personalisiert (z.B. im redaktionellen Teil) aufgebaut sind, z.B. wenn persönliche Geschichten am Fernsehen ausgestrahlt werden, mit welchen sich die benachteiligte Gruppe identifizieren kann (Hill, Amos, Clifford, & Platt, 2013). Sofern das richtige Medium gewählt wird und das Format glaubwürdig und interessant gestaltet ist, kann die Motivation zu einer Verhaltensänderung dadurch beeinflusst werden. Wenn beispielsweise das Rauchen im eigenen sozialen Umfeld die Norm darstellt, nun aber jemand aus der Peer-Group medial über einen erfolgreichen Rauchstopp berichtet, könnte durch den Beitrag eine Reflexion über das eigene Konsumverhalten angeregt werden, die in der gewohnten Umgebung so nie stattgefunden hätte. Die Schwierigkeit liegt hier aber in der Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahme (Bala, Strzeszynski, Topor-Madry, & Cahill, 2013). Verschiedene Studien, die positive Effekte von Medienkampagnen beschreiben unterscheiden sich stark in ihrer Qualität. Nur wenige einzelne Resultate lassen darauf schliessen, dass Medienkampagnen die Nutzung von Rauchstopplinien oder die Umsetzung eines Rauchstopps in benachteiligten Gruppen positiv beeinflussen können (Guillaumier et al., 2012). Unklar bleibt auch, ob die Intensität und die Dauer einer Kampagne einen Einfluss auf den Tabakkonsum in der Zielgruppe hat (Bala et al., 2013). Die einzige Möglichkeit der Überprüfung der Beeinflussung durch einen Medienbeitrag wäre die Befragung der potentiellen Zielgruppe des Beitrags. Ob jemand dann selbst bei einem anschliessenden Rauchstopp angeben würde, dass der Medienbeitrag daran beteiligt war, ist fragwürdig. Denkbar wäre jedoch, dass durch die Befragung im Anschluss des Medienbeitrags eine doppelt erhöhte Sensibilität für das Thema Rauchstopp Einfluss auf die Aufhöbereitschaft zum Zeitpunkt der Befragung im Vergleich zur Baseline haben würde, was ebenfalls nur schwer bis gar nicht zu überprüfen ist. Das Ausfüllen eines Fragebogens oder eines Konsumtagebuchs zum Tabakkonsum ist verbunden mit einer intensivierter Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und soll hier nochmals als mögliche Massnahme zur Sensibilisierung oder potentiellen Absichtsbildung hinsichtlich Konsumveränderung festgehalten werden. Medieninterventionen, die benachteiligte

Gruppen ansprechen, die Defizite im Bildungsbereich aufweisen, sind dann effektiv, wenn sie einfach verständlich und personalisiert formuliert sind. Daher eignet sich das Fernsehen und das Internet besonders dafür, während nicht-telemediale Formate für Kampagnen der Tabakprävention lediglich bei einkommensstarken Gruppen Effekte zeigen (Perusco et al., 2010; World Health Organization, 2011). Das Wiedergeben der Botschaften von Medienkampagnen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums fällt leichter, wenn die Informationen zuvor am Fernsehen gezeigt worden sind. Kampagnen mit Unterhaltungswert, welche die Zielgruppe ansprechen, zeigen positive Effekte auf die Aufnahme von gesundheitsrelevanten Informationen (Beacom & Newman, 2010).

Für die Schweiz hat Kaya (2014) die Mediennutzung der benachteiligten Migrationsbevölkerung im Zusammenhang allgemeinen Gesundheitsinformationen aufgearbeitet und kommt zu ähnlichen Schlüssen betreffend personalisierter Informationsvermittlung. Dabei sieht er in den Nutzung der Medien der Migrationsbevölkerung wie beispielsweise dem Radio oder der Zeitung, die von Migrantinnen und Migranten selbst in der Aufnahmegesellschaft entwickelt wurden, noch ein Potential für die Vermittlung von Informationen zur Tabakprävention, das noch zu wenig genutzt wird. Relevant erscheint auch die Wahl der Informations- und Kommunikationstechnologie, die je nach Zielgruppe spezifisch angepasst werden muss (Kaya, 2014). Um beispielsweise jugendliche Migrantinnen und Migranten mit Gesundheitsthemen zu erreichen sind Videos auf Webseiten oder eingebettet in soziale Medien relevant, da nur Videos und Bilder beachtet werden, was Textinformationen überflüssig macht (Kaya, 2014). Die lebensweltliche Verankerung von Informationen und Interventionen für die Zielgruppe ist wichtig und wird durch die Nutzung bestehende Zugänge zur Zielgruppe ermöglicht.

Ein kürzlich erschienenes Review fand eine gewisse Evidenz dafür, dass Medienkampagnen Jugendliche vom Raucheinstieg abhalten können (Brinn, Carson, Esterman, Chang, & Smith, 2012). Allerdings wurden keine spezifischen Aussagen zu Jugendlichen in benachteiligten Gruppen gemacht. Ausserdem ist die Aussagekraft dieses Reviews aus heutiger Sicht relativ gering, da nur eine Studie in den Zeitraum der gegenwärtigen Recherche fällt (Flynn et al., 2010) und diese Publikation für die Medienkampagne allein keine Effekte finden konnte. Da weder für den Effekt der Medienkampagnen auf die Verhinderung des Raucheinstiegs noch auf die Förderung des Rauchausstiegs eine klare Evidenz vorliegt, wird dem Erfahrungswert der Expertengruppe hier grossen Stellenwert zugemessen.

Erfahrungswert: Mit den heutigen technischen Mitteln können eine Vielzahl an Medieninterventionen realisiert und auf die Zielgruppen zugeschnitten werden. Sie sind für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen nur dann geeignet, wenn sie die Zielgruppe auch tatsächlich erreichen, verständliche Informationen enthalten und die Vermittlung der Information über eine glaubwürdige Quelle wie zum Beispiel durch bekannte Organisationen oder durch Vertrauenspersonen (Peers), sowie lebensweltlich verankert und personalisiert erfolgt. Die Armut verhindert zumindest in der Schweiz nicht, dass die benachteiligten Gruppen durch Medienkampagnen erreicht werden, da meist ein Fernsehgerät vorhanden ist und auch Internetzugang trotz Armut nicht selten ist. Es

ist anzunehmen, dass der Effekt solcher Kampagnen bei weiblichen benachteiligten Personen höher ausfällt, da diese sich intensiver mit medialen Botschaften auseinandersetzen als männliche Personen. Vorsicht ist jedoch bei der Wahl der Kanäle geboten. Mit Hinblick auf die Migrationsbevölkerung ist höchst relevant, dass mediale Beiträge zur Sensibilisierung der potentiell benachteiligten Gruppe für Belange der Tabakprävention über ihre eigenen Kommunikationsmedien in ihrer Sprache erfolgen (zumindest für die erste Generation). Dies erfordert auch die Zusammenarbeit mit Medien im Herkunftsland der Zielgruppe, wobei diese die Präventionsbotschaft allenfalls gezielt mit einer persönlichen Geschichte verbinden können. Medienkampagnen in Printmedien haben aber höchstens bei älteren Zielgruppen noch einen Effekt, da jüngere Personen sich mehrheitlich über das Internet über das Weltgeschehen und Gesundheitsinformationen informieren. Ausserdem sind auch die Kosten von Zeitungsinseraten meist höher als ebenwürdige webbasierte Kampagnen. Webbasierte Kampagnen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen können zudem mit interaktivem Charakter auftreten indem sie ein Quiz, einen Wettbewerb oder andere interaktive Elemente einbauen, was die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Kampagne erhöht. Dabei ist zu bedenken, dass aus Machbarkeitsgründen praktisch keine wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von medialen Kampagnen vorliegt.

4.5.5 Warnhinweise

Eine weitere Massnahme, die Einfluss auf bestehende soziale Normen und die Motivation zur Verhaltensänderung haben kann, sind Warnhinweise auf den Zigarettenverpackungen. Das Wissen über die Schädlichkeit des Tabakkonsums ist höher in Ländern, in denen Zigarettenverpackungen mit Warnhinweisen versehen sind (World Health Organization, 2011). Dabei hat sich bestätigt, dass graphische Elemente wirksamer sind Texthinweise allein (Noar et al., 2015). Im Hinblick auf soziodemographische Merkmale ergeben sich keine Unterschiede der Wirksamkeit solcher Warnhinweise (Hammond et al., 2012). Labels und Graphiken auf den Zigarettenverpackungen, die das Bewusstsein für die Risiken des Tabakkonsums stärken indem sie Rollenmodelle verwenden oder positive und negative Aspekte kontrastieren, sollen Personen in benachteiligten Gruppen jedoch eher zum Rauchstopp motivieren (Mead, Cohen, Kennedy, Gallo, & Latkin, 2015). Warnhinweise gelten als effektive Strategie der Tabakprävention, da das Nachdenken über einen Rauchstopp die Anzahl an gerauchten Zigaretten reduzieren kann (World Health Organization, 2011).

Erfahrungswert: Während sich benachteiligte Frauen mit Kindern und Kinderwunsch mit den Warnungshinweisen auseinandersetzen, werden diese sonst gemäss den Erfahrungen der Expertengruppe eher ignoriert. Ob Warnhinweise bei benachteiligten Gruppen zur Verhinderung des Raucheinstiegs oder Unterstützung des Rauchausstiegs beitragen, kann nicht bestimmt werden. Die Förderung der Gesundheitskompetenz kann jedoch durch die Verwendung von aussagekräftigen Graphiken unterstützt werden.

5 Diskussion relevanter Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen

5.1 Zugang, Akzeptanz und Wirksamkeit

Erfolgreiche Interventionen der Tabakprävention in der Gesamtbevölkerung erzeugen trotz positiver Bilanz nicht selten eine Ausweitung der gesundheitlichen Ungleichheiten. Dies konnte insbesondere im leicht überprüfbareren Feld des Tabakausstiegs aufgezeigt werden. Sobald die Interventionen hier auf die benachteiligten Gruppen zugeschnitten werden, erhöht sich z.B. die Angebotsnutzung, was die geringe Rauchstopperfolgsrate wieder wett macht (T. Brown, Platt, & Amos, 2014a). Weiter zeigten sich settingspezifische und partizipative Ansätze der Tabakprävention als besonders wirksam, um gesundheitliche Ungleichheiten in benachteiligten Bevölkerungsschichten zu reduzieren (T. Brown et al., 2014a). Die Anpassung von Massnahmen der Tabakprävention und die dadurch erzielte Erhöhung der Akzeptanz des Angebots in der betreffenden Gruppe sind dabei relevant für den Erfolg einer Intervention (DiGiacomo et al., 2011).

Auch der kostenlose Zugang zu Angeboten der Tabakprävention ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für Interventionen, die sich an benachteiligte Gruppen richten (DiGiacomo et al., 2011). Zudem kann der Transport zum Durchführungsort der Intervention (Bsp. eines Rauchstoppkurses) relevant sein, um für benachteiligte Personen mit Veränderungsmotivation Zugang zum Angebot zu schaffen (DiGiacomo et al., 2011). Programme mit Hausbesuchen zur Gesundheitsförderung von Familien in benachteiligten Gruppen eignen sich ebenfalls gut, um Familien zu identifizieren, bei denen eine Intervention zu rauchfreien Räumen zum Schutz vor Passivrauch der Kinder adäquat umgesetzt werden können (Rees et al., 2014).

Die Wirksamkeit von Contingency Management (Belohnungssysteme z.B. in Form von Vouchers) als zusätzliche Massnahme zu bewährten Massnahmen der Tabakprävention für benachteiligte Gruppen (Dunn et al., 2011) müsste zukünftig noch genauer überprüft werden. Der Multikomponentenansatz scheint tatsächlich effektiv zu sein für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen. Dies zeigte eine neue Studie zum Programm quit4u, das verschiedene relevante Ansätze vereint (Ormston, van der Pol, Ludbrook, McConville, & Amos, 2015). Der Aufbau dieses Programms dient als Paradebeispiel für die Implementation verschiedener Strategien, da verhaltensorientierte psychologische Beratung mitsamt Pharmakotherapie und Belohnung der rauchfreien Wochen umgesetzt werden konnte, was positive Effekte aufzeigen konnte. Wichtig ist, dass speziell auf Zielgruppen zugeschnittene Programme zur Reduktion des Tabakkonsums bei benachteiligten Gruppen fortlaufend evaluiert werden, um eine evidenz-basierte Ausweitung oder Anpassung bei Bedarf möglich zu machen. Der Wirksamkeitsnachweis im Rahmen dieser laufenden, sorgfältigen Evaluation von Programmen der Tabakprävention ist höchst relevant, um die knappen Ressourcen der Tabakprävention nicht unnötig an vermeintlich effektive Interventionen zu verschwenden (Paul et al., 2013). Ein Review zu Studien zu effektiven Elementen bei Rauchstoppinterventionen bei indi-

genen Völkern konnte ebenfalls zeigen, dass integrierte Ansätze unter Einbezug der Zielgruppe am wirksamsten sind (DiGiacomo et al., 2011). Die Wahl eines Multikomponentenansatzes, der eine zielgruppenspezifische Intervention ermöglicht und bestehende soziale Netzwerke integriert, wird auch bei Personen mit schweren psychischen Störungen, die eine hohe Rauchprävalenz aufweisen, als Erfolgsstrategie gehandhabt (Garcia-Portilla et al., 2014).

5.2 Akteure, Strategien und Vermittlungsinstanzen

Der vorliegende Synthesebericht hat zum Ziel, die Anbieter der Regelversorgung sowie weitere Akteure mit Präventionsprojekten bei benachteiligten Gruppen drauf zu sensibilisieren, welche Massnahmen der Tabakprävention sich positiv auf existierende Ungleichheiten auswirken können. Der Schweizerische Tabakpräventionsfonds bietet die Möglichkeit der Zusammenführung von verschiedenen Akteuren und unterstützt entsprechende Vorhaben der Kantone und anderer Akteure auch finanziell. So wurde beispielsweise für das Thema Rauchausstieg das „Nationale Rauchstopp-Programm“ mit verschiedenen Trägerorganisationen etabliert, das sich sowohl an Akteure der Regelversorgung wie auch an die Bevölkerung sowie an benachteiligte Bevölkerungsgruppen richtet. Insbesondere auf regionaler Ebene sollte jedoch nach wie vor die Evaluation und Dissemination von Erkenntnissen aus Angeboten und spezifischen Projekten im Bereich der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen gestärkt werden. Es gibt bereits einige Initiativen – die Vernetzung und direkte Zusammenarbeit könnte jedoch noch intensiviert werden. Auch wenn die Evaluation eines Angebotes oder eines Projekts nicht nach wissenschaftlichen Massstäben erfolgen konnte ist es gemäss den Erfahrungen der Expertengruppe höchst relevant, dass die Erfolge, aber genau gleich auch Misserfolge regional und überregional kommuniziert und mit interessierten Partnerinstitutionen geteilt werden, so dass die Etablierung einer Best Practice überhaupt erst möglich wird. Auch wenn mit Blick auf die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen viele verschiedene Herangehensweisen möglich sind, können ähnliche Projekte mit vergleichbarer oder konträrer Zielgruppe von der Ergebnisdissemination profitieren.

Anstelle von Interventionen direkt in der Zielgruppe, können auch Interventionen unter Einbezug verschiedener relevanter Akteure (inkl. Regelversorgung) geplant werden, um diese für die Thematik von benachteiligten Gruppen zu sensibilisieren. Ein Beispiel einer solchen Sensibilisierungskampagne wurde 2014 von CIPRET Valais zusammen mit dem kantonalen Ärzteverband, Pharma-Wallis, Spital Wallis und der Schweizerischen Herzstiftung lanciert. Ihre Kampagne mit dem Fokus auf Schlaganfall, unter anderem bedingt durch Tabakkonsum, hat zum Ziel, dass alle Beteiligten dieselbe Botschaft kommunizieren und die Ärzteschaft von Beginn an ganz einbezogen wird. Ein solches Modell könnte auch erfolgsversprechend für Akteure der Tabakprävention in benachteiligten Gruppen, wobei zusätzlich auch Schlüsselpersonen aus den benachteiligten Gruppen selbst in die Planung mit einbezogen werden müssten (Wright, 2013). Das Training von Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, im Hinblick auf deren Flexibilität und das Zuschneiden von Interventionen auf benachteiligte Gruppen ist von grosser Wichtigkeit (McNeill, Amos, McEwen, Ferguson, & Croghan, 2012).

Für die Angebote der Regelversorgung gilt es in erster Linie, Ihre Angebote systematisch auch für die benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu öffnen. Vorgeschlagen werden hier analoge Strategien, wie sie auch bisher für den Bereich Gender getroffen wurden. Ziel wäre analog zum „Gender-Mainstreaming“ ein „Mainstreaming Chancengleichheit/Chancengerechtigkeit“ in den Organisationen der Regelversorgung, welches in einem Top-Down Modus im Sinne eines Change-Managements die entsprechenden Anpassungen vornimmt. Für die Tabak- und Alkoholprävention liegt eine entsprechende ausführliche Broschüre und ein Leitfaden zur Öffnung der Organisationen am Beispiel Migration vor, das leicht auf die weiteren betroffenen benachteiligten Gruppen übertragbar ist (www.transpraev.ch).

Die WHO hält fest, dass nationale Programme zur Eindämmung des Tabakkonsums sowohl auf die Unterstützung der Regierung als auch auf Unterstützung in Segmenten der Zivilgesellschaft angewiesen sind (World Health Organization, 2013). Die Vernetzung von verschiedenen Instanzen ist höchst relevant, um auch Subgruppen der Bevölkerung mit übermässig hohem Tabakkonsum durch die Massnahmen und Programme der Tabakprävention zu erreichen, damit bestehende soziale Ungleichheiten beseitigt werden können (World Health Organization, 2013). Bei der konkreten Projektplanung soll also nach Auswahl des Settings der Intervention auch vorausgehend bestimmt werden, welche Akteure einbezogen werden sollen und worin ihre Aufgabe liegt. Die aktive Teilnahme der einzelnen Akteure bereits während der Planungsphase gilt als erfolgsversprechend.

Unterstützung durch die Wissenschaft konnte aktuell durch eine soziale Netzwerkanalyse im Hinblick auf die politische Strategieplanung Anwendung finden. Sie wurde auf europäischer Ebene nun durch Weishaar, Amos und Collin (2015) umgesetzt, wobei die Netzwerke von politischen Einflussgremien der rauchfrei-Politik analysiert wurden. Dies führte zur Identifikation von zwei Lagern (pro und contra), deren Polarität die EU-Politik der Tabakprävention positiv zu beeinflussen vermochte. Die Verwendung von verschiedenen Methoden im Rahmen dieses Netzwerkansatzes trug massgeblich dazu bei, die komplexen Systeme rund um die Tabakindustrie und ihren Gegnern greifbar zu machen und die Tabakpräventionspolitik entsprechend anzupassen (Weishaar et al., 2015). Eine umfassende Rauchfrei-Politik gilt gemäss dem Massnahmenkatalog der WHO als einzige wirksame Strategie und hält fest, dass die Tabakindustrie nicht in die politischen Prozesse eingreifen soll (World Health Organization, 2008). Für die Akteure auf politischer Ebene bedeutet dies, dass sie als Einheit auftreten sollen hinsichtlich Tabakprävention und Rauchfreiheit und sowohl mit der aktuellen wissenschaftlichen Forschung als auch mit den Verkaufsargumenten der Tabakindustrie vertraut sein sollen.

Da die Verwendung von Rollenmodellen die Effektivität von Warnhinweisen beeinflussen kann (Mead et al., 2015), ist es auch möglich, hier noch einen Schritt weiterzugehen. Studien konnten zeigen, dass das Verhalten und die Einstellungen von berühmten Persönlichkeiten einen Einfluss auf gesundheitliche Verhaltensweisen von Patienten haben (Hoffman & Tan, 2015). Ärztinnen und Ärzten wird daher empfohlen, diese Ansichten im Rahmen der Therapie mit den Patientinnen und Patienten zu diskutieren und gegebenenfalls auf glaubwürdigere Gesundheitsinformationen auf-

merksam zu machen, um die Gesundheitskompetenz der Patienten zu stärken (Hoffman & Tan, 2015). Während sich magersüchtige Mädchen an den Ratschlägen von Topmodels und Bloggerinnen von Modezeitschriften orientieren, wird auch die Einstellungsbildung in benachteiligten Gruppen oftmals durch berühmte Persönlichkeiten beeinflusst, wobei diese durchaus auch auf politischer Ebene aktiv sein können. Das Identifizieren und Einbeziehen solcher Berühmtheiten mit hoher Glaubwürdigkeit in der jeweiligen benachteiligten Gruppe könnte also durchaus relevant sein für den Effekt der Intervention. Allerdings eignen sich Berühmtheiten nicht so gut wie Personen in zentralen Positionen in den jeweiligen Netzwerken (z.B. ein Vereinspräsident), wenn es um die Durchsetzung von Normen geht (Salis Gross et al., 2013). Speziell für die Sensibilisierung einer benachteiligten Gruppe ist daher relevant, dass diese auch von den Schlüsselpersonen dieser Gruppen unterstützt wird. Des Weiteren werden auch Protagonisten an der Peripherie der Netzwerke benötigt, für das Einführen von neuen Normen, die sich im Zentrum noch nicht durchgesetzt haben (Salis Gross et al., 2013).

5.3 Bestehende Lücken bei der Bestimmung der Erfolgsfaktoren

Obwohl bereits einige Studien über Barrieren der Tabakprävention sowie zu effektiven Massnahmen der Beseitigung von sozialen Ungleichheiten berichten, ist die Datenlage wissenschaftlich noch nicht stark evidenzbasiert belegt. Angaben zu Reliabilität und Validität der Ergebnisse von quantitativen Studien fehlen weitestgehend (Twyman et al., 2014). Die verfügbaren Ressourcen für die Recherche reichten knapp aus, um eine Übersicht über aktuell relevante Studien im Bereich der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen zu erstellen. Die Studien wurden dennoch auf die verwendete Methodik überprüft, um sicherzugehen, dass die berichteten Ergebnisse legitim sind. Eine systematische Begutachtung der Qualität der Methodik aller eingeschlossenen Studien war jedoch mit den verfügbaren Mitteln nicht umsetzbar. Wichtig erscheint im Hinblick auf die aktuelle Studienlage, dass Peer-Support und Gruppeninterventionen vielversprechende Resultate - insbesondere für den Rauchstopp - bei benachteiligten Gruppen zeigen, diese jedoch aufgrund der Studiendesigns meist nicht eindeutig auf diese Komponenten zurückzuführen sind (Ford et al., 2013).

Eine weitere Limitation findet sich im Hinblick auf den Einschluss von regionalen Schweizer Studien oder Angeboten und Projekten der Tabakprävention, die spezifisch für benachteiligte Gruppen konzipiert worden sind. Durch die Expertinnen und Experten konnte sogenannte „graue“ Literatur in Form von Studienberichten ausfindig gemacht werden und weitere kamen durch die Forschungstätigkeit der beiden Autorinnen hinzu. Dennoch ist möglich, dass auf lokaler Ebene in den vergangenen fünf Jahren noch weitere Angebote der Regelversorgung oder Projekte zur Reduktion sozialer Ungleichheiten bei der Tabakprävention angesetzt haben, von denen zum Zeitpunkt der Berichterlegung weder die Autorinnen noch die Expertinnen und Experten Kenntnis hatten.

Verschiedentlich wird im Rahmen von Simulationsstudien versucht, bestimmte Sachverhalte in Anbetracht möglicher Massnahmen vorherzusagen. So wurden in den letzten Jahren vermehrt auch Simulationsstudien zu Interventionen der Gesundheitsförderung und deren Impact hinsicht-

lich der Reduktion von sozialen Ungleichheiten entworfen (Speybroeck, Van Malderen, Harper, Müller, & Devleeschauwer, 2013). Der Vorteil von solchen Modellen liegt darin, dass komplexe und dynamische Systeme modelliert werden können, um den Einfluss von politischen Massnahmen zur Tabakprävention in benachteiligten Gruppen abzuschätzen (Speybroeck et al., 2013). Ein solches Modell haben sich beispielsweise auch Soerjomataram et al. (2011) zunutze gemacht, um aufzuzeigen, dass sich soziale Ungleichheiten in Verbindung mit Lungenkrebs bis im Jahr 2050 ohne Intervention verdoppeln würden. Durch eine jährliche Erhöhung der Zigarettenpreise in Kombination mit verstärkter Gesundheitspromotion könnte dieser Ausweitung der bestehenden Ungleichheiten und Neuerkrankungen an Lungenkrebs zumindest teilweise entgegengehalten werden (Soerjomataram et al., 2011). Bisher fehlen noch Studien, welche die Prägnanz solcher Simulationen überprüfen. Würden sich solche Modelle als zielführend erweisen, sollte die Prävention vermehrt darauf aufbauen und die Erkenntnisse solcher Studien für die Projekt- und Strategieplanung berücksichtigen.

Die Überprüfung der längerfristigen Wirksamkeit der Interventionen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen, analog zur Vorhersage in Simulationsmodellen, stellt allerdings in der Realität eine grosse Limitation dar. Häufig wird die Effektivität einer Massnahme nur anhand einer Punktprevalenz oder anhand von kurz aufeinanderfolgenden *Follow-Up* Messungen definiert. Dabei können durchaus kurz- und mittelfristige Effekte der Massnahmen auf die Reduktion des Tabakkonsums oder eines erfolgten Rauchstopps gemessen werden, während keine Aussagen zur Nachhaltigkeit der einzelnen Interventionen gemacht werden darf. Wenn nicht nur die Reduktion des Tabakkonsums, sondern auch das Erlernen der Gesundheitskompetenz in der benachteiligten Gruppe von Relevanz ist, erscheint lohnenswert, wenn dafür zwei verschiedene Outcome-Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgen, um abschliessende Aussagen zur Wirksamkeit von Interventionen zu machen.

6 Schlussfolgerungen und abschliessende Empfehlungen

6.1 Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen

Eine erfolgreiche Implementierung der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen setzt voraus, dass die Regelangebote sich einem Prozess der gezielten Öffnung für diese Zielgruppen unterziehen und dass bevölkerungsbasierte Projekte zielgruppenspezifisch und beziehungsgelitet aufgebaut sind. Die genaue Definition der anvisierten Benachteiligungsdimensionen sollte in einem ersten Schritt erfolgen, um entsprechende Massnahmen vorzunehmen. Weiter ist der Einbezug des Settings der benachteiligten Gruppe höchst relevant, da die Prävention oder Intervention nach Möglichkeit durch aufsuchende Arbeit in einer vertrauten Umgebung umgesetzt werden soll. Massnahmen mit partizipativen Elementen eignen sich besonders gut, wobei vorhandene Barrieren wie etwa die Sprache bei der Gestaltung und Planung berücksichtigt werden müssen. Die Einbettung der Massnahmen der Tabakprävention in bereits bestehende soziale Netzwerke gilt als einer der wichtigsten Faktoren für die Akzeptanz und Wirksamkeit einer Intervention. Zum einen kann durch Massnahmen im Gruppensetting die Motivation zur Verhaltensänderung durch Personen mit Vorbildfunktion bestärkt werden und zum anderen können sogenannte starke Beziehungen (Strong Ties) eine Aufrechterhaltung einer erfolgten Verhaltensänderung in hohem Mass unterstützen. Mit webbasierten Interventionen im Internet bieten sich neue Möglichkeiten der Intervention unter Berücksichtigung der Vernetzung, die sich bestehende starke Beziehungen zunutze machen oder neue Beziehungen zur Unterstützung von Verhaltensänderungen aufbauen und nutzen können. Bei Gruppen mit tiefem sozialökonomischem Status ist zudem relevant, dass die Angebote der Tabakprävention kostenlos oder sehr kostengünstig genutzt werden können, da sonst der Zugang zu den Angeboten nicht gewährleistet bzw. lediglich einer Minderheit vorbehalten wäre, was soziale Ungleichheiten weiter aufrechterhalten würde anstatt sie zu eliminieren.

Diese Erfolgsfaktoren gelten analog für die Alkoholprävention (Pfluger et al., 2009) und die Förderung eines gesunden Körpergewichts bei benachteiligten Gruppen (Salis Gross, Soom Ammann, & Haug, 2015). Die WHO hat Richtlinien für den Umgang mit Ungleichheiten betreffend schädlichem Alkoholkonsum verfasst, in denen Ursachen für die Benachteiligung einer Gruppe mitsamt der passenden Interventionen aufgezeigt werden (WHO, 2014). Auf strategischer Ebene sind beim Alkohol das Festlegen von Mindestpreisen pro Einheit sowie die Besteuerung anhand des Alkoholgehalts am besten geeignet, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (Meier et al., 2016). Strukturelle Anpassungen, wie beispielsweise Restriktionen von ungesundem Essen seitens der Schulen (Backholer et al., 2014) sowie individuell zugeschnittene Ernährungsprogramme der Grundversorgung (Hillier-Brown et al., 2014) sind ebenfalls höchst relevant Förderung eines gesunden Körpergewichts.

Bevor abschliessende Empfehlungen für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen formuliert werden, sind in Abbildung 4 noch einmal alle relevanten Ebenen und Faktoren zusammenfas-

send dargestellt. Die Vorgabe einer allfälligen zeitlichen Beschränkung der Angebote, Projekte und Strategien in Abhängigkeit der möglichen Finanzierung ist ein wichtiger Faktor, der sowohl für die Planung als auch bei einer späteren Auswertung berücksichtigt werden muss.

Zielgruppe

- Identifikation der Benachteiligungsdimensionen von Adressaten - wer soll erreicht werden?
- Identifikation der Barrieren - weshalb wurde bisher kein Angebot genutzt?
- Partizipative Einbindung von Personen der Zielgruppe bei Strategie- und Projektplanung

Strategie

- Ausrichtung gemäss Inhalten der aktuellen *Policy*-Strategien im Bereich Tabak
- Verankerung der Öffnung von Organisationen für die Bedürfnisse von benachteiligten Bevölkerungsgruppen - Einbindung und Ausbildung von Mitarbeitenden aus der Zielgruppe
- Strukturen und Prozesse zur Vernetzung der verschiedenen Akteure
- Gesetzliche Regelungen: Erhöhung der Zigarettenpreise und Tabaksteuer, Einschränkung des Verkaufs an Minderjährige, Rauchverbote zum Schutz vor Passivrauchen, Unterstützung der Verfügbarkeit von NRT-Produkten, Regulierung von E-Zigaretten

Praxis

- Adaptation erfolgreicher Massnahmen für benachteiligte Gruppen
- Integrativer Ansatz: Einbettung der Massnahmen in breite Gesundheitsthemen
- Auswahl des Settings unter Einbezug der Zielgruppe zur Erhöhung der Akzeptanz; Wichtigkeit der lebensweltlichen Verankerung - Begegnungsorte nutzen
- Individuelle Beratung und Gruppenberatungen mit oder ohne Pharmakotherapie sowie Promotion von NRT-Produkten und anderen Rauchstopp-Hilfen (Selbsthilfeprogramme etc.)
- Nutzen von bestehenden sozialen Netzwerken und Schlüsselpersonen gemäss dem *Peer-to-Peer*-Ansätzen (Schlüsselpersonen, MultiplikatorInnen) und dem Ansatz der beziehungsgeleiteten Intervention (Therapeuten z.B. aus derselben Herkunftsgruppe)
- Interaktive Informationsverarbeitung (Einüben mit der Zielgruppe)
- Abwägung des Nutzens von webbasierten Interventionen und telefonischen Beratungsangeboten (Rauchstopplinie)
- Einsatz von neuen sozialen Medien: Facebook, WhatsApp etc. sowie Förderung der Fähigkeiten im Umgang mit diesen Technologien
- Medieninterventionen v.a. mit personalisiertem Inhalt und Rollenbildern
- Förderung v.a. der funktionellen und interaktiven Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*)
- Wahl eines Multikomponentenansatzes anhand mehrerer Erfolgsfaktoren
- Institutionelle Verankerung zur Sicherstellung der Finanzierung

Abbildung 4. Zusammenstellung der Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen.

6.2 Strategische Überlegungen zur Sicherung der Chancengleichheit

In der Schweiz wird derzeit im Nationalen Programm Tabak und in Kürze zusätzlich auch über die Nationalen Strategien Sucht und NCD festgelegt, welche Prioritäten zur Reduktion der Prävalenz des Tabakkonsums sowie den damit verbundenen gesundheitlichen Ungleichheiten im Vordergrund stehen. Nationale Strategien sollten darauf ausgerichtet sein, dass alle Bevölkerungsschichten gleichmässigen Zugang zu Gesundheitsinformationen haben und ebenfalls von den Angeboten der Tabakprävention erreicht werden. Dabei muss bedacht werden, dass der Bildungsstatus und die Sprache entscheidend sind, wenn es darum geht, Informationen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums oder Angeboten der Prävention und des Ausstiegs zu verstehen. Insbesondere bei benachteiligten Gruppen soll eine Befähigung zur Gesundheitskompetenz (Health Literacy) umgesetzt werden. Dies beinhaltet auch die Identifikation von möglichen Kommunikationswegen und die Anpassung der Kommunikationsmittel sowie der Inhalte, damit die Verständlichkeit für und die Akzeptanz innerhalb benachteiligter Gruppen gewährleistet wird. Beispielsweise sehen sich Frauen mit anderen Herausforderungen des Tabakkonsums konfrontiert, was spezifische Kommunikationsinhalte voraussetzt. Genderaspekte als horizontale Indikatoren werden immer noch ungenügend beachtet. Bei Gruppen, die hinsichtlich Herkunft oder Schulbildung benachteiligt sind, müssen häufig ganz grundlegende Aspekte des gesundheitlichen Verhaltens erlernt werden, bevor spezifische Inhalte der Tabakprävention vermittelt werden können. Des Weiteren tragen gesetzliche Rahmenbedingungen dazu bei, dass die Gesundheitskompetenz von benachteiligten Gruppen in der Schweiz gefördert wird. Die Vermittlung von gesundheitlichen Informationen der Tabakprävention soll im Sinne eines *Empowerments* unterstützend wirken und bestenfalls über eine Vertrauensperson erfolgen. Auch Rauchverbote für öffentliche und private Räumlichkeiten können helfen, gesundheitliche Ungleichheiten in benachteiligten Gruppen zu reduzieren und den Schutz vor Passivrauch, speziell auch für Kinder, zu erhöhen.

Möglichst alle Angebote der Tabakprävention sollen benachteiligte Gruppen so weit wie möglich berücksichtigen. Erfolgreiche Angebote und Dienstleistungen sollen institutionalisiert werden, was eine langfristige Finanzierung bedingt. Für bestehende Regelangebote bedeutet dies, dass sie vermehrt auch nach aussen treten sollten (im Sinne von *Community-Health* Ansätzen). Für Projekte direkt in der Bevölkerung heisst es, dass Netzwerke und «starke» Beziehungen (im Sinne von Reziprozität) für die Präventionsarbeit in benachteiligten Gruppen genutzt werden sollten. Communities, Verwandte und Freunde sind in benachteiligten Gruppen wichtige Quellen für gesundheitsrelevante Informationen und bewährte Settings für Verhaltensänderungen. Die Arbeit mit diesen Netzwerken bedingt aufsuchende Arbeit in den Lebenswelten der Zielgruppen. Zu beachten ist, dass persönliche Netzwerke oft auch translokal und transnational ausgerichtet sind. Informelle Gruppen und thematische Netzwerke sind ebenfalls zu berücksichtigen, etwa Treffpunkte, Sportvereine, religiöse Vereinigungen oder Elterngruppen. Das Eruiere der relevanten Netzwerke geschieht vor allem über Schlüsselpersonen der Zielgruppen. Die Zahl und Vielfalt der Zugangswege für benachteiligte Gruppen soll in Zukunft steigen.

Der Wissensstand der Zielgruppe bestimmt mit, welche Informationen weitergegeben werden und die Lebenswelt der Zielgruppe muss sich in der Botschaft wiederfinden. Kommunikation misslingt nicht nur, wenn die Inhalte für das Zielpublikum zu kompliziert sind, sondern auch, wenn bereits Bekanntes immer wieder erzählt wird. Der Bildungsgrad bestimmt dagegen vor allem die Gestaltung des Inhalts und die Form der Weitergabe. Einfache, klare Präventionsbotschaften haben sich bewährt. Die Lebensphase beeinflusst die Interessen der Zielgruppe und muss bei der Auswahl und Kommunikation der Inhalte berücksichtigt werden (Pfluger et al., 2009). Normen und Werte der Zielgruppe bestimmen mit, ob die vermittelnde Person akzeptiert wird und wie die Botschaften eines Angebots aufgenommen werden. Die Vorstellungen zu Abhängigkeit, Gesundheit und Krankheit können je nach soziokulturellem Hintergrund stark variieren. Bestimmte Themen können tabuisiert sein oder gegenteilige Effekte auslösen. Dabei helfen die Kombination der Inhalte der Tabakprävention mit allgemeinen Themen der Gesundheitsförderung und die gleichzeitige Anwendung von mehreren Massnahmen.

Hier folgt ein kurzes Beispiel, das die Wichtigkeit von kombinierten Interventionen im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten erklärt. Anpassungen der Tabakpreise galten lange als Massnahme mit grösstem Potential, um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, ohne dass zielgruppenspezifische Elemente für die Planung der Intervention berücksichtigt werden müssen (T. Brown, Platt, & Amos, 2014b; Hill et al., 2013). Dabei ging jedoch vergessen, dass diese Massnahme für sich allein genommen die Komponente der Abhängigkeit nicht genügend berücksichtigt. Ohne Einbettung dieser Massnahme könnte diese die benachteiligte Gruppe womöglich nicht hinreichend erreichen, da diese dann zu günstigeren Zigarettenmarken, Promotionsangeboten oder Drehtabak greift (Choi et al., 2012) oder wie bisher weiter raucht, wodurch sich der ohnehin schon hohe Stress noch vergrössert (Peretti-Watel & Constance, 2009).

6.3 Empfehlungen für die Praxis und Projektarbeit

Für die Planung der Öffnung von Regelangeboten für oder von Präventionsprojekten bei benachteiligten Gruppen bedarf es erstens einer genauen Spezifikation der anvisierten Zielgruppen im Hinblick auf die Benachteiligungsdimensionen, die ausgeglichen werden möchten. Dabei soll sich die Untersuchung der jeweiligen Zielgruppe nicht nur auf die Analyse der problematischen Verhaltensmuster beschränken, sondern auch eine Analyse der Lebenswelten der Gruppe beinhalten, die sich mit Fragen der Ressourcen dieser Gruppe auseinandersetzt. Diese Informationen können Aufschluss geben zu wichtigen Einflüssen, die ein riskantes Gesundheitsverhalten bedingen, aber auch zu vorhandenen Ressourcen, die nach Möglichkeit bei der späteren Umsetzung der Massnahme berücksichtigt werden können. Gemäss Stamm und Lamprecht (2009) müssen Unterschiede gesellschaftlich bewertet werden und erhebliche Auswirkungen auf Lebensbedingungen und -chancen haben, damit sie als Ungleichheiten gelten. Insbesondere der vertikalen Achse „sozioökonomischer Status“ (Bildung, beruflicher Status, Einkommen und Vermögen) ist dabei besondere Beachtung zu schenken und diese ist mit der horizontalen Achse von weiteren Ungleichheit bewirkenden sozialen Dimensionen zu verschränken (z.B: Gender, Migration). Deshalb sollen in der Pra-

xis bereits bei der Planung und Durchführung von Tabakpräventionsmassnahmen und auch bei der Evaluation der Instrumente wichtige ungleichheitsrelevante Fragen aufgegriffen und diskutiert werden. Ob sich bestehende Ungleichheiten durch eine Intervention verändern kann anhand der partizipativen Qualitätsentwicklung überprüft werden (Wright, 2013). Die Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber und anderen wichtigen Akteuren wird nach der Bedarfsbestimmung und Interventionsplanung fortgeführt und fortlaufend evaluiert (Wright, 2013).

Botschaften, Kommunikationsformen und Zugangswege sind an die Zielgruppen anzupassen. Inhaltliche Anpassungen sind wichtig, aber oft weniger entscheidend als eine generelle Verstärkung der Kommunikationsbemühungen gegenüber benachteiligten Gruppen mithilfe der Verwendung von mehreren komplementären Kommunikationskanälen. Muttersprachliche Beratung und übersetzte Informationsmaterialien sollen z.B. im Migrationsbereich nach Möglichkeit angeboten und an die Bedürfnisse der Zielgruppe adaptiert werden. Innovative, weniger sprachgebundene Ansätze sind hilfreich und dort gefordert, wo die Sprache als Kommunikationsmittel nicht genügt. Schlüsselpersonen spielen bei der Kommunikation eine wichtige Rolle und sollen sorgfältig gewählt werden. Es ist zu prüfen, wie Informationen niederschwellig über von der Zielgruppe bevorzugte Medien vermittelt werden können, auch transnational und translokal. Jedes Projekt und Programm braucht eine gute Dokumentation und Evaluation, sowie deren Dissemination. Die Forschung zu Fragen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen soll gefördert werden, um weiterhin evidenz-basierte, praxisrelevante Aussagen zu ermöglichen.

Die Relevanz von normativen Überlegungen bei der Interventionsplanung ist unbestritten und kann anhand von fünf Kriterien überprüft werden (Marckmann, Schmidt, Sofaer, & Strech, 2015). Nachdem festgelegt wird, inwiefern erwartet wird, dass eine Zielgruppe von der Intervention profitiert bzw. welcher Schaden daraus entstehen könnte, wird auch der Einfluss auf die Autonomie und Gleichheit sowie das generelle Kosten-Nutzen-Verhältnis bedacht (Marckmann et al., 2015). Dieser Aspekt der Erfolgserwartung betreffend Intervention muss auch bei der Finanzierung von Projekten zum Ausdruck kommen. Das Kriterium der Gleichheit stützt sich sowohl auf den Zugang zur Intervention, als auch auf die Auswirkungen auf bestehende Ungleichheiten und fragt nach der Notwendigkeit einer Kompensation (Marckmann et al., 2015). Bei Projekten und Angeboten, die auf individuelles Handeln (Verhaltensprävention) ausgerichtet sind, sollte immer auch an die Verhältnisprävention gedacht werden (Pfluger et al., 2009). Eine Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist anzustreben, wobei auch der Ansatz der interaktiven Informationsvermittlung zu berücksichtigen ist. Dabei wird das Einüben von adäquatem Gesundheitsverhalten bzw. des Nichteinstiegs oder des Rauchstopps mit der benachteiligten Gruppe eingeübt, um die Selbstwirksamkeitserfahrung zu verstärken und das Verständnis für die Intervention zu erhöhen. Diese interaktiven Elemente tragen ebenfalls massgeblich dazu bei, die Chancengleichheit von benachteiligten Gruppen zu stärken.

6.4 Fazit und Ausblick

Sowohl auf operativer als auch auf strategischer Ebene wirksame Massnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums bei benachteiligten Gruppen zu entwickeln, gehört zurzeit in einkommensstarken Ländern wie der Schweiz zu den Hauptaufgaben der Tabakprävention. Durch die Öffnung der Regelangebote und durch ergänzende zielgruppenspezifische Interventionen in Einzel- oder Gruppensettings, die möglichst alle relevanten sozialen und ökonomischen Determinanten berücksichtigen, um den Zugang zu den Interventionen für benachteiligte Gruppen zu vereinfachen und gleichzeitig die Akzeptanz zu erhöhen, sollen soziale und gesundheitliche Ungleichheiten reduziert werden. Zusammen mit der Förderung des Nichteinstiegs und des Rauchausstiegs wird häufig auch eine Förderung der Gesundheitskompetenz angestrebt. Eng damit verbunden ist die Sensibilisierung von benachteiligten Gruppen für Risiken des Tabakkonsums. Während Massnahmen zum Schutz vor Passivrauch bei benachteiligten Gruppen nachweislich positive Effekte zeigen, kann das komplexe Gefüge von Faktoren die eine Verhinderung bzw. Verzögerung des Raucheinstiegs bei benachteiligten Gruppen verfolgen nicht objektiv bestimmt werden.

Anhand der unzähligen Übersichtsartikel und Evaluationsstudien insbesondere zu Rauchstoppprogrammen bei benachteiligten Gruppen, die alleine während den letzten fünf Jahren publiziert worden sind, wird deutlich, dass neben der Finanzierung der betreffenden Projekte auch viel Geld für die Legitimation dieser Studien ausgegeben worden ist. Dennoch sind die Meta-Analysen zur Effektivität bestimmter Massnahmen nur beschränkt aussagekräftig, da aufgrund von Mängeln im Studiendesign viele Studien ausgeschlossen werden müssen oder nur bedingt verglichen werden können. Daher wird für die zukünftige Strategie- und Projektplanung empfohlen, sich bereits im Vorfeld der Interventionsplanung genaue Gedanken zur späteren Evaluation der Ergebnisse zu machen. Auch bei kleinsten regionalen Projekten der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen, sollte das Vorgehen gut dokumentiert und evaluiert sowie die Ergebnisse disseminiert werden. Dies ermöglicht erst eine nachträgliche Identifikation von Erfolgsfaktoren und geht Hand in Hand mit dem erfolgsversprechenden Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung, gemäss welcher bereits die Studienplanung unter Einbezug der Zielgruppe stattfindet und evaluiert wird (Wright, 2013). Auch bei einer Orientierung an der aktuellen Datenlage zu den Erfolgsfaktoren der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen, die im Rahmen dieses Syntheseberichts zusammengestellt worden sind, stellt die fortlaufende Evaluation der einzelnen Projekte während der Projektphase den relevantesten Erfolgsfaktor dar, um der Heterogenität und der sich wandelnden Dynamik innerhalb der identifizierten benachteiligten Gruppen gerecht zu werden.

Die Schweizer Tabakprävention, die sich an die breite Bevölkerung richtet, hat sich erfolgreich etabliert. Eine Reduktion des Tabakkonsums konnte in der Gesamtbevölkerung realisiert werden. Wenn jedoch der Fokus auf verschiedene benachteiligte Gruppen der Schweiz gerichtet wird deutet vieles darauf hin, dass Gruppen existieren, die wenig Ressourcen mitbringen und noch immer nur ungenügend für die Gefahren des Tabakkonsums sensibilisiert sind. Wenn die Tabakprävention zukünftig auch zahlenmässig weitere Effekte der Eindämmung der Tabakkonsumprävalenz erzielen will, könnten Verhaltensänderungen bzw. ein Umdenken in diesen benachteiligten Gruppen Po-

tential bergen. Die Ergebnisse des vorliegenden Syntheseberichts zeigen auf, dass die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen anhand der Nutzung von zielgruppenspezifischen Ansätzen zudem in der Lage ist, gesundheitliche Ungleichheiten aufzuheben. Die Ausrichtung gemäss Inhalten der aktuellen Policy-Strategien im Bereich Tabak mit Berücksichtigung der Charakteristika und Dynamiken von benachteiligten Gruppen ist vielversprechend und kann in der Praxis umgesetzt werden. Erfolgsversprechend sind auch übergreifende Programme, welche die Tabakprävention in Programme zu generellen Gesundheitsthemen wie körperliche Bewegung und Ernährung einbetten. Speziell bei Frauen ist die Tabakprävention erfolgreicher, wenn sie mit einem Ernährungsangebot zusammen formuliert wird. Auch wenn Geschlecht häufig als Faktor bei der Interventionsplanung berücksichtigt wird, sind genderspezifische Elemente zurzeit noch ungenügend berücksichtigt. Der kostenlose Zugang zu zielgruppenspezifischen Angeboten der Tabakprävention ist höchst relevant für die Nutzung durch benachteiligte Gruppen und trägt substantiell zur Sicherung der gesundheitlichen Chancengleichheit von benachteiligten Gruppen bei. Und schliesslich sind die fortlaufende Evaluation von Massnahmen in diesen Programmen und Projekten sowie deren gezielte Dissemination essentiell, um die kontinuierliche Anpassung bei Veränderungen der benachteiligten Gruppe oder Strukturen zu gewährleisten.

7 Literaturverzeichnis

- Allen, J. A., Gritz, E. R., Xiao, H., Rubenstein, R., Kralikova, E., Haglund, M., ... Vallone, D. M. (2014). Impact of tobacco control policy on quitting and nicotine dependence among women in five European countries. *Tobacco Control, 23*(2), 173–7. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050391
- Amos, A., Brown, T., & Platt, S. (2013a). *A systematic review of the effectiveness of individual cessation support interventions in Europe to reduce socio-economic inequalities in smoking among adults*. Edinburgh.
- Amos, A., Brown, T., & Platt, S. (2013b). *A systematic review of the effectiveness of policies and interventions to reduce socio-economic inequalities in smoking among youth*. Edinburgh.
- Backholer, K., Beauchamp, A., Ball, K., Turrell, G., Martin, J., Woods, J., & Peeters, A. (2014). A framework for evaluating the impact of obesity prevention strategies on socioeconomic inequalities in weight. *American Journal of Public Health, 104*(10), e43–50. doi:10.2105/AJPH.2014.302066
- Bala, M. M., Strzeszynski, L., Topor-Madry, R., & Cahill, K. (2013). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*, CD004704. doi:10.1002/14651858.CD004704.pub3
- Beacom, A. M., & Newman, S. J. (2010). Communicating health information to disadvantaged populations. *Family & Community Health, 33*(2), 152–62. doi:10.1097/FCH.0b013e3181d59344
- Becker, J., Haug, S., Sullivan, R., & Schaub, M. P. (2014). Effectiveness of different Web-based interventions to prepare co-smokers of cigarettes and cannabis for double cessation: a three-arm randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 16*(12), e273. doi:10.2196/jmir.3246
- Biller-Andorno, N., Clarinval, C., & Ganguli Mitra, A. (2015). *Vulnerabilität: begriffliche und konzeptuelle Erwägungen*. J.B. Metzler Verlag.
- Brinn, M. P., Carson, K. V, Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2012). Cochrane Review: Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 7*(1), 86–144. doi:10.1002/ebch.1808
- Brose, L. S., McEwen, A., Michie, S., West, R., Chew, X. Y., & Lorencatto, F. (2015). Treatment manuals, training and successful provision of stop smoking behavioural support. *Behaviour Research and Therapy, 71*, 34–39. doi:10.1016/j.brat.2015.05.013
- Brown, J., Michie, S., Geraghty, A. W. A., Yardley, L., Gardner, B., Shahab, L., ... West, R. (2014). Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial. *The Lancet. Respiratory Medicine, 2*(12), 997–1006. doi:10.1016/S2213-2600(14)70195-X
- Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014a). Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *European Journal of Public Health, 24*(4), 551–6. doi:10.1093/eurpub/cku065
- Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014b). Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 138*, 7–16. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.03.001
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., McElduff, P., & Attia, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction, 106*(9), 1568–1585. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x
- Bundesamt für Statistik. (2009). *Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzung für die Jahre 1995*

- bis 2007. Neuchâtel.
- Canevascini, M., Kuendig, H., Perrin, H., & Véron, C. (2015). *Projekt zur Beobachtung der Marketingstrategien für Tabakprodukte in der französischen Schweiz 2013–2014*. Lausanne.
- Carr, A. B., & Ebbert, J. (2012). Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD005084. doi:10.1002/14651858.CD005084.pub3
- Carson, K. V., Brinn, M. P., Peters, M., Veale, A., Esterman, A. J., & Smith, B. J. (2012). Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD009046. doi:10.1002/14651858.CD009046.pub2
- Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J., & Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD001055. doi:10.1002/14651858.CD001055.pub4
- Chen, Y.-F., Madan, J., Welton, N., Yahaya, I., Aveyard, P., Bauld, L., ... Munafò, M. R. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(38), 1–205, iii–v. doi:10.3310/hta16380
- Choi, K., Hennrikus, D., Forster, J., & St Claire, A. W. (2012). Use of price-minimizing strategies by smokers and their effects on subsequent smoking behaviors. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 14(7), 864–70. doi:10.1093/ntr/ntr300
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *The New England Journal of Medicine*, 358(21), 2249–58. doi:10.1056/NEJMsa0706154
- Civljak, M., Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Sheikh, A., & Car, J. (2013). Internet-based interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD007078. doi:10.1002/14651858.CD007078.pub4
- Dalglis, E., McLaughlin, D., Dobson, A., & Gartner, C. (2013). Cigarette availability and price in low and high socioeconomic areas. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 37(4), 371–6. doi:10.1111/1753-6405.12086
- David, A., Esson, K., Perucic, A.-M., & Fitzpatrick, C. (2010). Tobacco use: equity and social determinants. In E. Blas & A. Sivasankara Kurup (Eds.), *Equity, social determinants, and public health programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Dickson-Spillmann, M., Sullivan, R., Zahno, B., & Schaub, M. P. (2014). Queer quit: a pilot study of a smoking cessation programme tailored to gay men. *BMC Public Health*, 14(1), 126. doi:10.1186/1471-2458-14-126
- DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Abbott, P. A., Davison, J., Moore, L., & Thompson, S. C. (2011). Smoking cessation in indigenous populations of Australia, New Zealand, Canada, and the United States: elements of effective interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 388–410. doi:10.3390/ijerph8020388
- Dunn, K. E., Saulsgiver, K. A., & Sigmon, S. C. (2011). Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 20–30. doi:10.1037/a0022039
- Eliason, M. J., Dibble, S. L., Gordon, R., & Soliz, G. B. (2012). The last drag: an evaluation of an LGBT-specific smoking intervention. *Journal of Homosexuality*, 59(6), 864–78. doi:10.1080/00918369.2012.694770
- Europäische Union. (2014). *Richtlinie 2014/40/EU zur Angleichung der Rechts- und*

Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG.

- European Commission. (2014). *Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities*. doi:10.2772/20144
- Flynn, B. S., Worden, J. K., Bunn, J. Y., Solomon, L. J., Ashikaga, T., Connolly, S. W., & Ramirez, A. G. (2010). Mass media interventions to reduce youth smoking prevalence. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 53–62. doi:10.1016/j.amepre.2010.03.008
- Ford, P., Clifford, A., Gussy, K., & Gartner, C. (2013). A systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(11), 5507–22. doi:10.3390/ijerph10115507
- Garcia-Portilla, M. P., Garcia-Alvarez, L., Saiz, P. A., Diaz-Mesa, E., Galvan, G., Sarramea, F., ... Bobes, J. (2014). Effectiveness of a multi-component Smoking Cessation Support Programme (McSCSP) for patients with severe mental disorders: study design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 373–89. doi:10.3390/ijerph110100373
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2014). *Suchtmonitoring Schweiz Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013*. Lausanne.
- Guillaumier, A., Bonevski, B., & Paul, C. (2012). Anti-tobacco mass media and socially disadvantaged groups: a systematic and methodological review. *Drug and Alcohol Review*, 31(5), 698–708. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00466.x
- Hall, A. K., Cole-Lewis, H., & Bernhardt, J. M. (2015). Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annual Review of Public Health*, 36, 393–415. doi:10.1146/annurev-publhealth-031914-122855
- Hall, W., Gartner, C., & Forlini, C. (2015). Ethical issues raised by a ban on the sale of electronic nicotine devices. *Addiction*, 110(7), 1061–1067. doi:10.1111/add.12898
- Hammond, D., Thrasher, J., Reid, J. L., Driezen, P., Boudreau, C., & Santillán, E. A. (2012). Perceived effectiveness of pictorial health warnings among Mexican youth and adults: a population-level intervention with potential to reduce tobacco-related inequities. *Cancer Causes & Control : CCC*, 23 Suppl 1, 57–67. doi:10.1007/s10552-012-9902-4
- Herbec, A., Brown, J., Tombor, I., Michie, S., & West, R. (2014). Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers ('MumsQuit'). *Drug and Alcohol Dependence*, 140, 130–6. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.010
- Hill, S., Amos, A., Clifford, D., & Platt, S. (2013). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco Control*, 23(e2), e89–e97. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051110
- Hillier-Brown, F. C., Bambra, C. L., Cairns, J.-M., Kasim, A., Moore, H. J., & Summerbell, C. D. (2014). A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal-level interventions at reducing socio-economic inequalities in obesity among adults. *International Journal of Obesity (2005)*, 38(12), 1483–90. doi:10.1038/ijo.2014.75
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 107–23. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x
- Hiscock, R., Murray, S., Brose, L. S., McEwen, A., Bee, J. L., Dobbie, F., & Bauld, L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2787–96. doi:10.1016/j.addbeh.2013.07.010

- Hoffman, S. J., & Tan, C. (2015). Biological, psychological and social processes that explain celebrities' influence on patients' health-related behaviors. *Archives of Public Health = Archives Belges de Santé Publique*, 73(1), 3. doi:10.1186/2049-3258-73-3
- Hollands, G. J., McDermott, M. S., Lindson-Hawley, N., Vogt, F., Farley, A., & Aveyard, P. (2015). Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD009164.
- Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *The New England Journal of Medicine*, 370(1), 60–8. doi:10.1056/NEJMra1308383
- Kaya, B. (2014). *Migration et information sur la santé: revue de littérature*. Bern.
- Lamprecht, M., König, C., & Stamm, H. (2006). *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf psychische Gesundheit, Stress und gesundes Körpergewicht*. Bern.
- Levinson, A. H., Hood, N., Mahajan, R., & Russ, R. (2012). Smoking cessation treatment preferences, intentions, and behaviors among a large sample of Colorado gay, lesbian, bisexual, and transgendered smokers. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 14(8), 910–8. doi:10.1093/ntr/ntr303
- Lifson, A. R., & Lando, H. A. (2012). Smoking and HIV: prevalence, health risks, and cessation strategies. *Current HIV/AIDS Reports*, 9(3), 223–30. doi:10.1007/s11904-012-0121-0
- Luyet, S., Wicki, M., Stucki, S., Windlin, B., Maffli, E., Gervasoni, J.-P., & Dubois-Arber, F. (2014). *Analyse des besoins de la prise en charge des personnes dépendantes en Suisse. Rapport final*. Lausanne.
- Marcano Belisario, J. S., Bruggeling, M. N., Gunn, L. H., Brusamento, S., & Car, J. (2012). Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD009187. doi:10.1002/14651858.CD009187.pub2
- Marckmann, G., Schmidt, H., Sofaer, N., & Strech, D. (2015). Putting public health ethics into practice: a systematic framework. *Frontiers in Public Health*, 3, 23. doi:10.3389/fpubh.2015.00023
- Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., ... Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337(8754), 1387–93.
- Marti, J. (2010). Successful smoking cessation and duration of abstinence--an analysis of socioeconomic determinants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(7), 2789–99. doi:10.3390/ijerph7072789
- McNeill, A., Amos, A., McEwen, A., Ferguson, J., & Croghan, E. (2012). Developing the evidence base for addressing inequalities and smoking in the United Kingdom. *Addiction*, 107, 1–7. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04080.x
- Mead, E. L., Cohen, J. E., Kennedy, C. E., Gallo, J., & Latkin, C. A. (2015). The role of theory-driven graphic warning labels in motivation to quit: a qualitative study on perceptions from low-income, urban smokers. *BMC Public Health*, 15(1), 92. doi:10.1186/s12889-015-1438-6
- Meier, P. S., Holmes, J., Angus, C., Ally, A. K., Meng, Y., & Brennan, A. (2016). Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study. *PLOS Medicine*, 13(2), e1001963. doi:10.1371/journal.pmed.1001963
- Miller, C. L., & Sedivy, V. (2009). Using a quitline plus low-cost nicotine replacement therapy to help disadvantaged smokers to quit. *Tobacco Control*, 18(2), 144–9. doi:10.1136/tc.2008.026492
- 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* (1982), 67(9), 1343–55. doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.037

- Noar, S. M., Hall, M. G., Francis, D. B., Ribisl, K. M., Pepper, J. K., & Brewer, N. T. (2015). Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies. *Tobacco Control*. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051978
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine (1982)*, 67(12), 2072–8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- O'Brien, B., Knight-West, O., Walker, N., Parag, V., & Bullen, C. (2015). E-cigarettes versus NRT for smoking reduction or cessation in people with mental illness: secondary analysis of data from the ASCEND trial. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 5. doi:10.1186/s12971-015-0030-2
- Ormston, R., van der Pol, M., Ludbrook, A., McConville, S., & Amos, A. (2015). quit4u: the effectiveness of combining behavioural support, pharmacotherapy and financial incentives to support smoking cessation. *Health Education Research*, 30(1), 121–33. doi:10.1093/her/cyu024
- Ortiz, K. S., Duncan, D. T., Blosnich, J. R., Salloum, R. G., & Battle, J. (2015). Smoking among sexual minorities: are there racial differences? *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, ntv001–. doi:10.1093/ntr/ntv001
- Park, E. W., Tudiver, F. G., & Campbell, T. (2012). Enhancing partner support to improve smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD002928. doi:10.1002/14651858.CD002928.pub3
- Parker, C., McNeill, A., & Ratschen, E. (2012). Tailored tobacco dependence support for mental health patients: a model for inpatient and community services. *Addiction*, 107, 18–25. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04082.x
- Paul, C. L., Turon, H., Bonevski, B., Bryant, J., & McElduff, P. (2013). A cross-sectional survey of experts' opinions about the relative effectiveness of tobacco control strategies for the general population versus disadvantaged groups: what do we choose in the absence of evidence? *BMC Public Health*, 13, 1144. doi:10.1186/1471-2458-13-1144
- Peretti-Watel, P., & Constance, J. (2009). "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(2), 608–21. doi:10.3390/ijerph6020608
- Perusco, A., Poder, N., Mohsin, M., Rikard-Bell, G., Rissel, C., Williams, M., ... Guirguis, S. (2010). Evaluation of a comprehensive tobacco control project targeting Arabic-speakers residing in south west Sydney, Australia. *Health Promotion International*, 25(2), 153–65. doi:10.1093/heapro/daq009
- Pfluger, T., Biedermann, A., & Salis Gross, C. (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz - Grundlagen und Empfehlungen*. Herzogenbuchsee.
- Pust, S., Schaller, K., & Pötschke-Langer, M. (2008). *Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 9: Frauen und Rauchen in Deutschland*. Heidelberg.
- Rees, V. W., Keske, R. R., Blaine, K., Aronstein, D., Gandelman, E., Lora, V., ... Geller, A. C. (2014). Factors influencing adoption of and adherence to indoor smoking bans among health disparity communities. *American Journal of Public Health*, 104(10), 1928–34. doi:10.2105/AJPH.2013.301735
- Reinwand, D. A., Schulz, D. N., Crutzen, R., Kremers, S. P., & de Vries, H. (2015). Who Follows eHealth Interventions as Recommended? A Study of Participants' Personal Characteristics From the Experimental Arm of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e115. doi:10.2196/jmir.3932

- Richter, M., Ackermann, S., & Moor, I. (2013). *Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review*. Halle.
- Rowa-Dewar, N., Lumsdaine, C., & Amos, A. (2015). Protecting children from smoke exposure in disadvantaged homes. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 17(4), 496–501. doi:10.1093/ntr/ntu217
- Salis Gross, C. (2010). Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. *SuchtMagazin*, 36(1), 18–21.
- Salis Gross, C., Soom Ammann, E., & El Fehri, V. (2013). *Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp*.
- Salis Gross, C., Soom Ammann, E., & Haug, S. (2015). *Chancengleichheit und gesundes Körpergewicht: Aktualisierung der wissenschaftlichen Fakten 2006-2014*. Bern.
- Salla, B., Pasche, M., & Zürcher, K. (2014). *Rapport sur le projet-pilote «Tabagisme et santé bucco-dentaire» Un exemple d' action: la brochure Une bouche en bonne santé à tout âge*. Lausanne.
- Schwappach, D. L. B. (2009). Queer quit: gay smokers' perspectives on a culturally specific smoking cessation service. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 12(4), 383–95. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00550.x
- Shahab, L., Brown, J., Gardner, B., & Smith, S. G. (2014). Seeking health information and support online: does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11), e253. doi:10.2196/jmir.3368
- Smith, P. M., Spadoni, M. M., & Proper, V. M. (2014). Abuse and smoking cessation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 361–6. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04219.x
- Soerjomataram, I., Barendregt, J. J., Gartner, C., Kunst, A., Møller, H., & Avendano, M. (2011). Reducing inequalities in lung cancer incidence through smoking policies. *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 73(3), 268–73. doi:10.1016/j.lungcan.2011.01.009
- Soom Ammann, E., & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen*. Zürich.
- Speybroeck, N., Van Malderen, C., Harper, S., Müller, B., & Devleeschauwer, B. (2013). Simulation models for socioeconomic inequalities in health: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(11), 5750–80. doi:10.3390/ijerph10115750
- Stamm, H., & Lamprecht, M. (2009). *Ungleichheit und Gesundheit Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Zürich.
- Stanczyk, N., Bolman, C., van Adrichem, M., Candel, M., Muris, J., & de Vries, H. (2014). Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e69. doi:10.2196/jmir.3016
- Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD002850. doi:10.1002/14651858.CD002850.pub3
- Streja, L., Crespi, C. M., Bastani, R., Wong, G. C., Jones, C. A., Bernert, J. T., ... Berman, B. A. (2014). Can a minimal intervention reduce secondhand smoke exposure among children with asthma from low income minority families? Results of a randomized trial. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 16(2), 256–64. doi:10.1007/s10903-012-9713-4
- Taylor, A. H., Thompson, T. P., Greaves, C. J., Taylor, R. S., Green, C., Warren, F. C., ... West, R. (2014). A pilot randomised trial to assess the methods and procedures for evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Exercise Assisted Reduction then Stop (EARS) among disadvantaged smokers. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 18(4), 1–324.

doi:10.3310/hta18040

- Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., ... Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control, 17*(4), 230–7. doi:10.1136/tc.2007.023911
- Tsoi, D. T., Porwal, M., & Webster, A. C. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*, CD007253. doi:10.1002/14651858.CD007253.pub3
- Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C., & Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open, 4*(12), e006414–e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414
- Verguet, S., Gauvreau, C. L., Mishra, S., MacLennan, M., Murphy, S. M., Brouwer, E. D., ... Jamison, D. T. (2015). The consequences of tobacco tax on household health and finances in rich and poor smokers in China: an extended cost-effectiveness analysis. *The Lancet. Global Health, 3*(4), e206–e216. doi:10.1016/S2214-109X(15)70095-1
- Vijayaraghavan, M., Messer, K., White, M. M., & Pierce, J. P. (2013). The effectiveness of cigarette price and smoke-free homes on low-income smokers in the United States. *American Journal of Public Health, 103*(12), 2276–83. doi:10.2105/AJPH.2013.301300
- Walls, N. E., & Wisneski, H. (2010). Evaluation of Smoking Cessation Classes for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Community. *Journal of Social Service Research, 37*(1), 99–111. doi:10.1080/01488376.2011.524531
- Weishaar, H., Amos, A., & Collin, J. (2015). Best of enemies: Using social network analysis to explore a policy network in European smoke-free policy. *Social Science & Medicine, 133*, 85–92. doi:10.1016/j.socscimed.2015.03.045
- West, R., Raw, M., McNeill, A., Stead, L., Aveyard, P., Bitton, J., ... Borland, R. (2015). Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction, 110*(9), 1388–1403. doi:10.1111/add.12998
- Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., Rodgers, A., & Gu, Y. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, CD006611. doi:10.1002/14651858.CD006611.pub3
- WHO. (2014). *Alcohol and inequities - Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm*.
- Williams, J. M., Anthenelli, R. M., Morris, C. D., Treadow, J., Thompson, J. R., Yunis, C., & George, T. P. (2012). A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 73*(5), 654–60. doi:10.4088/JCP.11m07522
- Wilson, L. M., Avila Tang, E., Chander, G., Hutton, H. E., Odelola, O. A., Elf, J. L., ... Apelberg, B. J. (2012). Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *Journal of Environmental and Public Health, 2012*, 961724. doi:10.1155/2012/961724
- World Health Organization. (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva.
- World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva.
- World Health Organization. (2011). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva.
- World Health Organization. (2013). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing*

bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva.

World Health Organization. (2014). *Tobacco and inequities - Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm*. Geneva.

Wright, M. T. (2013). Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? *Prävention Und Gesundheitsförderung*, 8(3), 122–131. doi:10.1007/s11553-013-0395-0

Anhang A: Projekte Schweiz und Europa

Tabelle A1. Projekte der Tabak- und Suchtprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen in der Schweiz (2010 – 2016)

Sensibilisierung und Aufklärung der Zielgruppe			
Projekt	Projektträger	Zielgruppe und Themen	Massnahmen
<p>FemmesTISCHE Tabakprävention in der Familie – niederschwellige Elternbildung</p> <p>>> 2013 – 2016 >> national</p>	<p>Expertengruppe Weiterbildung Sucht; Elternbildung Schweiz; Geschäftsstelle FemmesTISCHE mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>(Einkommensschwache) Familien, Frauen, Eltern, Migrationsbevölkerung</p>	<p>FemmesTISCHE bietet Frauen die Möglichkeit, sich in ungezwungenen Diskussionsrunden mit Fragen zu Erziehung und Gesundheit auseinandersetzen. Im privaten Rahmen lädt eine Gastgeberin sechs bis acht Mütter aus ihrem Bekanntenkreis zu sich nach Hause ein. Die Moderation regt mit einem kurzen Film, thematischen Bildern oder anderen Materialien das Gespräch über das gewählte Thema unter den Beteiligten an. Bis Ende 2015 finden mehr als 200 Gesprächsrunden mit 1,350 Teilnehmerinnen zum Thema Tabak statt. An diesen Gesprächsrunden erhalten Familienfrauen mit Migrationshintergrund verständliche Informationen zum Umgang mit Tabakkonsum Jugendlicher und zum Schutz vor Passivrauchen in der Familie. Durch den Erfahrungsaustausch zu diesen beiden Themen erhalten sie neue Handlungsoptionen bei Tabakkonsum in der Familie und der Begleitung Jugendlicher hinsichtlich dieser Thematik. Der „Peer-Group-Education“-Ansatz ist im Bereich niederschwelliger Elternbildung und insbesondere im Migrationsbereich ein vielversprechender Ansatz. Basierend auf diesem Ansatz schult, betreut und begleitet die Expertengruppe Weiterbildung Sucht Moderatorinnen aus verschiedenen Herkunftsländern zu verschiedenen Aspekten der Tabakprävention. So können diese das Moderationsset Tabakprävention zielgruppenspezifisch in ihrer Muttersprache oder im Rahmen interkultureller FemmesTISCHE-Runden anwenden.</p> <p>Link zum Projekt, Evaluation noch ausstehend: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=199</p>
<p>DaF/DaZ Tabakprävention via Kurse: Deutsch als Fremd-/ Zweitsprache“</p> <p>>> 2010 – 2012 >> Deutschschweiz</p>	<p>Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut für Sprache in Beruf und Bildung (ISBB) ; Arbeitskreis Deutsch als Fremdsprache/ Zweitsprache in der Schweiz (AkDaF), mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Migrationsbevölkerung in Sprachkursen</p>	<p>Sprachliche und kulturelle Integration fördern das Verständnis von Präventionsbotschaften und damit das Wissen über den Tabakkonsum. Dadurch können sie sowohl die Einstellung zum Rauchen wie auch das Rauchverhalten beeinflussen. Migrantinnen und Migranten, die keiner Landessprache mächtig sind, sind sehr schwer zu erreichen, weil sie verschiedenen soziokulturellen, sozioökonomischen und ethnischen Gruppen angehören, die in der Schweiz oft unzureichend organisiert sind. Kurse für DaF/DaZ eignen sich besonders gut für einen möglichst breiten Zugang zu dieser Zielgruppe. Das Lehr- und Lernmaterial enthält Arbeitshefte und -blätter für den Unterricht und weiterführende Materialien für das Selbststudium und umfasst einen Einführungsworkshop und didaktische Anleitungen für DaF/DaZ-Lehrende. Das Projekt wird extern evaluiert, wobei auch der Wissenszuwachs bezüglich Tabak und Rauchstopp untersucht wird.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=89</p>

<p>Leben ohne Tabak Zwei TV-Beiträge zur Tabakprävention bei Menschen mit Migrationshintergrund</p> <p>>> Feb – Nov 2012 >> Romandie</p>	<p>Association A la Vista!, mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Migrationsbevölkerung</p>	<p>Carrefours ist ein multikulturelles TV-Magazin, das sich direkt an die Zielgruppe Migrantinnen und Migranten richtet. Die Produzentin Association A La Vista! widmete zwei 26-minütige Sendungen dem Thema Tabakprävention. Die Beiträge dienten dazu, rauchende Migrantinnen und Migranten für die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens sensibilisieren und sie verständlich über die in der französischsprachigen Schweiz existierenden Präventionsprogramme informieren. In den medialen Beiträgen wurden auch persönliche Erfahrungen von Personen mit Migrationshintergrund integriert.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Schlussbericht: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=189</p>
<p>Produktion eines Elternflyers für die Migrationsbevölkerung</p> <p>>> 2010 – 2011 >> Deutschschweiz</p>	<p>Fachstelle für interkulturelle Suchtarbeit FISP mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Eltern mit Migrationshintergrund</p>	<p>Viele Materialien und Unterstützungsangebote zur Tabakprävention sind entweder gar nicht in den entsprechenden Migrationssprachen vorhanden, oder sie sind nur schwer verständlich, weil sie zu viel Text beinhalten oder sprachlich sehr anspruchsvoll sind. Mit dem auf Deutsch bereits bestehenden Flyer für Eltern will die FISP fremdsprachige Mütter und Väter motivieren, mit ihren Kindern über das Thema Rauchen und Nichtrauchen zu reden und ihnen dafür auch leicht verständliche Unterstützung und Argumente bieten. Die FISP liess den Flyer in die Sprachen Albanisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Portugiesisch, Spanisch und Türkisch übersetzen. Dabei berücksichtigte die Fachstelle bei der Übersetzung auch kulturelle Besonderheiten und druckte letztendlich rund 40,000 Flyer.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=168</p>
<p>Migesplus.ch</p> <p>>> 2008 – 2013 im Rahmen der nationalen Strategie Migration und Gesundheit >> national</p>	<p>Schweizerisches Rotes Kreuz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)</p>	<p>Migrationsbevölkerung; Fachstellen und Institutionen, die die Migrationsbevölkerung beraten oder informieren; Herausgeber von Gesundheitsinformationen</p>	<p>Migesplus.ch ist eine zentrale Bezugsquelle für Broschüren, Flyer, Ratgeber, Filme und Videos verschiedener Herausgeber mit Gesundheitsinformationen in mehreren Sprachen für Migrantinnen und Migranten. Des Weiteren unterstützt die Plattform Fachleute und Institutionen im Bereich transkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention. Die Dienstleistungen umfassen die Vermittlung von Übersetzerinnen und Lektoren, Beratung, Tipps & Tools, Austausch und Vernetzung sowie eine Plattform für Publikationen und Praxisbeispiele. Zudem leistet Migesplus Finanzhilfe für die Entwicklung von migrationspezifischem Informationsmaterial zu Gesundheitsthemen. Die Auswahl an Publikationen auf migesplus.ch ist breit. Das Angebot reicht von Ratgebern rund um Fragen zum Gesundheitssystem Schweiz über Informationen zu Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung, Sucht, Alter, Schwangerschaft und Säuglingspflege bis hin zu Broschüren über Grippe, Herz-Kreislauferkrankungen, chronische Schmerzen, Alzheimer, Depression oder verschiedene Krebsarten.</p> <p>Link zur Projektplattform: www.migesplus.ch</p>
<p>Von MigrantInnen für MigrantInnen</p> <p>>> 2011 – 2013 >> national</p>	<p>Forum Schweiz für die Integration von Migrantinnen und Migranten (FIMM). finanziert durch das Programm Migration und Gesundheit (BAG)</p>	<p>Migrationsbevölkerung</p>	<p>Das Projekt hat zum Ziel, die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit, das Wissen über Präventionsmassnahmen und die Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung zu stärken. Ebenso bezweckt es, dass das Thema Gesundheit als fester Bestandteil der Vereinsaktivitäten eingeführt wird. Dadurch wird die Nachhaltigkeit des Projektes gewährleistet.</p> <p>Für die Umsetzung des Projektes wurden 22 erwachsene MigrantInnen (MultiplikatorInnen) zu den Themen Schweizer Gesundheitssystem, Ernährung und Bewegung, Depression, Gesundheitsförderung und</p>

			<p>Prävention sowie Tabak und Alkohol von Fachpersonen auf Deutsch, Französisch oder Italienisch ausgebildet. Die Multiplikator/innen werden anschliessend zusammen mit einer Fachperson eine Veranstaltung in ihrem Verein in ihrer Muttersprache zum Thema Gesundheit und Prävention organisieren. Dabei entscheiden die Multiplikator/innen zusammen mit dem Verein, welches Thema die Veranstaltung zum Inhalt haben wird.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://fimm.ch/archiv/projekte-archiv/gesundheit</p>
<p>Väterforum >> seit 2013 >> Deutschschweiz</p>	<p>Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich, mit finanzieller Unterstützung von Infordrog und Fondation Sana</p>	<p>Väter mit Migrationshintergrund</p>	<p>Präventions- und Bildungsangebot für Väter mit Migrationshintergrund in der Stadt Zürich. Moderatoren werden nach dem Prinzip «Väter für Väter» in Themen der Suchtprävention und Gesundheitsförderung geschult und geben das Gelernte in ihrer Muttersprache an Landsleute weiter: Albanisch, Amharisch, Arabisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Portugiesisch, Somalisch, Tamilisch, Tigrinya Das Väterforum soll durch alltagsnahe Wissensvermittlung die Gesundheits- und Erziehungskompetenzen der Väter sowie den Erfahrungsaustausch unter ihnen fördern. Dabei werden verschiedene Themen der Lebenswelt der Migranten bearbeitet, darunter auch das Trinken, Rauchen und Kiffen bei Jugendlichen, Kinder vor Tabakrauch schützen, Jugendliche und Tabak, Warum Alkohol auch uns betrifft und die Männergesundheit</p> <p>Link zum Projektbeschrieb: https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/suchtprevention/familie_freizeit/vaeterforum.html</p>
<p>COSIBAR Cohort study on smoke-free interventions in bars and restaurants >> 2009 – 2013 >> DE-CH</p>	<p>Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH), Institut für Sozial und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Zürich, Institut Universitaire Romand de Santé au Travail (IST), Lausanne mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Angestellte im Gastgewerbe</p>	<p>Mit der Studie wurde erforscht, ob sich die Gesundheit der Angestellten von Restaurants und Bars mit totalem Rauchverbot stärker verbessert, als wenn weniger restriktive Massnahmen zum Schutz vor Passivrauchen umgesetzt werden (z.B. Trennung in rauchfreie und nicht rauchfreie Abteile). Ausserdem wurden Auswirkungen auf das Rauchverhalten sowie die Einstellungen zu Rauchregelungen und deren Umsetzung untersucht. Die Resultate der COSIBAR Studie belegen, dass die Einführung eines Rauchverbots am Arbeitsplatz die kardiovaskuläre Gesundheit von Gastronomieangestellten innerhalb eines Jahres signifikant verbessert. Die Ergebnisse liefern daher eine wichtige Erklärung und Plausibilisierung des Rückgangs von Herzinfarkten nach Einführung von Rauchverboten in öffentlichen Räumen, wie sie in vielen Ländern, unter anderem auch in den Kantonen Graubünden und Tessin, beobachtet wurde.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=123</p>
<p>Die Gemeinden handeln! Ein nationales Programm für eine kohärente Prävention >> 2012 – 2015 >> national</p>	<p>RADIX; Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz (AT); Sucht Info Schweiz mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Gemeinden bzw. indirekt die Personen, die in den Gemeinden leben</p>	<p>Das Programm knüpft am Mitte 2010 abgeschlossenen Pilotprojekt „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ und den in vier Kantonen und 15 Gemeinden gemachten Erfahrungen an und möchte die Aktivitäten der Gemeinden in Tabak- und Alkoholprävention fördern. Eine weitere Basis bildet das 2007 abgeschlossene Programm „Die Gemeinden handeln!“ in dessen Rahmen über 140 Gemeinden aus 19 Kantonen eine lokale Alkoholpolitik entwickelt haben. Das Programm ist so ausgerichtet, dass die Gemeinden nach Abschluss des Programms die Präventionsarbeit selbständig weiterführen können. RADIX will mindestens sechs Kantone und 30 Gemeinden aus allen Sprachregionen für die Teilnahme am Programm gewinnen. Ziel ist es, neben Modellen guter Praxis weitere Arbeitsmittel für die Umsetzung der kommunalen Projekte sowie für die Realisierung von Präventionsmassnahmen zu erarbeiten und zu verbreiten. Auf der Ebene der Projektplanung in den Gemeinden wurde darauf geachtet, dass die installierten Projekt- und Arbeits-</p>

			<p>gruppen breit zusammengesetzt und beide Geschlechter, unterschiedliche Altersgruppen, Migrationshintergründe und Lebensbereiche entsprechend der kommunalen Gegebenheiten adäquat vertreten sind. Dies ist jedoch nicht immer gelungen. Die Erfahrung auch aus früheren anderen gemeindeorientierten Programmen und Projekten zeigt, dass es generell schwierig ist, Schlüsselpersonen und Freiwillige für ein Engagement in einer Projektgruppe zu motivieren. Zudem sind bestimmte Bevölkerungsgruppen in kleinen Gemeinden oft nicht organisiert, was einen Einbezug erschwert.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=192</p>
Sensibilisierung und Verhinderung des Einstiegs			
<p>Bientraitance</p> <p>>> 2006 – 2009 (Pilot) >> 2011 – 2012 (Phase II) >> FR-CH</p>	<p>Fondation Charlotte Olivier</p>	<p>Benachteiligte Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 Jahren</p>	<p>Mit diesem Projekt sollten speziell Kinder und Jugendliche erreicht werden, die in schwierigen Familienverhältnissen aufwachsen, mit häuslicher Gewalt konfrontiert sind, finanziell und ökonomisch schlechter gestellt sind, eine Behinderung haben oder sonst eher zurückgezogen leben. Da benachteiligte Kinder und Jugendliche eher weniger am sozialen Leben (Sportverein, Sommerlager, etc.) teilnehmen, zielte das Projekt darauf ab, diese Kinder durch eine Stärkung der Vernetzung in bestehende Freizeitaktivitäten zu integrieren sowie sichtbar zugängliche neue Freizeitangebote für diese Kindern in den jeweiligen Quartieren zu schaffen. Damit wurde sowohl die Stärkung der sozialen Kompetenzen als auch der Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen verfolgt. Die physische Betätigung und den Austausch mit anderen Kindern helfen dabei den Raucheinstieg verhindern bzw. verzögern.</p> <p>Link zum Guide des Projekts: http://www.projetbientraitance.org/guide-projet</p>
<p>Midnight Sports</p> <p>Tabakprävention mit offenen Turnhallen</p> <p>>> 1996 – 2016 >> national</p>	<p>Stiftung idée: sport mit finanzieller Unterstützung von Bund, Kantonen und Gemeinden und Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Kinder und Jugendliche mit/ ohne Migrationshintergrund im Setting Sport und Freizeit</p>	<p>Bereits seit 1999 ist die Stiftung idée:sport (vormals Förderverein Midnight Projekte Schweiz MPCH) im Bereich Jugendarbeit und Kinderanimation mit dem Projekt der „Offenen Turnhallen“ tätig. Die Grundidee besteht darin, Kindern und Jugendlichen jedes Wochenende auch ohne Vereinsmitgliedschaft und Eintrittsgebühr den Zugang zu Spiel und Sport und damit zu einer sinnvollen Freizeitaktivität zu ermöglichen. Dabei steht - neben Gewaltprävention und Integration - die Bestrebung im Vordergrund, dem Zigaretten- und Alkoholkonsum vorzubeugen. Am Anfang stand das Programm «Midnight Sports», das sich an Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren richtet, und in dessen Rahmen die Turnhallen in den Abend- und Nachtstunden am Samstag geöffnet werden. Für die Altersgruppe der 7- bis 12-Jährigen wurde das Angebot «Open Sunday» geschaffen, wo die Turnhallen auch an den Sonntagen geöffnet werden. Die Erfahrungen der beiden Programme zeigen, dass vor allem die 10- bis 13-Jährigen mit den bisherigen Programmangeboten nicht genügend Platz und Aufmerksamkeit für ihre Bedürfnisse erhalten. Zusätzlich zu den bestehenden Programmen wird deshalb in der Projektphase 2013 bis 2016 das neue Programm power:play lanciert, welches für diese Altersgruppe einen passenden Ausgangs- und Sozialisationsort schaffen will. Tabakprävention mit offenen Turnhallen wird breit abgestützt und finanziell von Bund, Kantonen, Gemeinden und Eigenleistungen der Stiftung idée:sport gemeinsam getragen. Für den TPF stehen die Zielsetzungen der Tabakprävention im Vordergrund. Neben dem Angebot eines rauchfreien Ausgangs sind dabei auch die Ausbildung von Coaches sowie gezielte Präventionsaktivitäten von Bedeutung.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Evaluation einer Teilperiode: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=211</p>

Vitalina >> 2014 – 2017 >> Kt. Programm (TPF)	Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, HEKS mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)	Fremdsprachige Eltern	Fremdsprachige Eltern mit Kindern im Vorschulalter werden über niederschwellige Angebote aufgesucht und erhalten in ihrer Muttersprache Informationen, Beratung und alltagspraktische Anregungen zum Thema Gesundheit. Im Rahmen des kantonalen Tabakpräventionsprogramms Basel-Stadt 2014-2017 wird das Thema Rauchen gezielt in das Projekt Vitalina eingebaut. Vom HEKS ausgebildete interkulturelle Vermittlerinnen und Vermittler sprechen Eltern mit Kindern im öffentlichen Raum an, beraten sie im Bereich Ernährung, Bewegung und Gesundheit und informieren über gesundheitsrelevante Themen für Kinder von 0 bis 5 Jahren. Vitalina steht in 14 verschiedenen Sprachen kostenlos zur Verfügung. Somit werden auch Migrantinnen und Migranten mit geringen Deutschkenntnissen erreicht. Mittels einer Schulung werden die interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittler nun umfassend über das Thema Tabakprävention informiert und sensibilisiert. Sie werden dadurch befähigt, Eltern mit Migrationshintergrund kompetent über das Thema Passivrauchschutz zu informieren und rauchenden Migrantinnen und Migranten die Möglichkeiten und Unterstützungsangebote beim Rauchstopp aufzuzeigen. Diese Themen werden in jedem Gespräch systematisch angesprochen. Link zum Projektbeschrieb: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=229
Sensibilisierung und Förderung des Ausstiegs			
Frau & Herz Tabakprävention >> 2014 – 2018 >> national	Schweizerische Herzstiftung mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)	Frauen 40+, speziell Rauchende und dem Passivrauchen ausgesetzte Personen	Drei Teilprojekte (Kioskaktion, Herzcheck in Apotheken, Vorträge und Workshops Frauenvereinen, Verbänden und Gruppierungen) befassen sich mit Sensibilisierung und Förderung des Rauchausstiegs von Frauen, die rauchen. Vermittelt werden Kenntnisse über frauenspezifische Risikofaktoren. Begleitet werden die Aktionen durch Medienarbeit. Es werden MultiplikatorInnen ausgebildet, um so das Wissen um Unterstützungsangebote für die Tabakentwöhnung innerhalb der Zielgruppen weiter verbreitet. Das Projekt spricht auch Frauen mit niedriger Schulbildung sowie albanisch, serbisch und türkisch sprechende Frauen aus der Migrationsbevölkerung an. Mittels einer aufsuchender Arbeit und gezielten Intervention wird in Workshops im Setting von Frauengruppen (Vereine, informelle Gruppierungen, religiöse Institutionen, Gewerkschaften, Betriebe) mit einer Ärztin und einer Fachfrau Sucht das Thema interaktiv bearbeitet und die Frauen anschliessend nach Bedarf einer Ausstiegsberatung zugeführt (Rauchstopplinie, Rauchstoppkurse, Einzelberatung). Link zum Projekt und dem Evaluationsbericht des ersten Teilprojekts: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=222
Tiryaki Kukla Rauchstoppkurse und Tabakprävention für die türkisch-sprechende Migrationsbevölkerung (1) ...für die albanisch-sprechende Migrati-	Teilprojekte des Nationalen Rauchstoppprogramms 2015 – 2018 mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)	Türkisch- und albanisch sprechende Migrationsbevölkerung	Mittels aufsuchender Arbeit in den Settings der Migrationsbevölkerung (Vereine, religiöse Institutionen, informelle Gruppierungen, Gewerkschaften, Arbeitgeber etc.) werden durch die Rauchstoppkursleitenden Informationsveranstaltungen zu den Gefahren des Tabakkonsums und des Passivrauchens durchgeführt. Anschliessend werden Kursteilnehmende mit möglichst reziproken Beziehungen ("strong ties") untereinander für Rauchstoppkurse in türkischer, resp. albanischer Sprache rekrutiert. Dabei wird eng mit Schlüsselpersonen aus den Vereinen etc. zusammengearbeitet (beziehungsgeleitete Rekrutierung). Begleitet wird die Intervention durch 1-2 personalisierte Medienwellen in den Medien der Zielgruppen. Vernetzung mit dem Rauchstoppevent und Wettbewerb des NRP zum Welttag ohne Tabak und mit der nationalen Rauchstopplinie. Die Projekte zielen darauf ab, die Nachhaltigkeit bei einem Rauchstopp zu gewährleisten und die Prävention durch bestehende starke Beziehungen (strong ties) zu unterstützen. Das Projekt der

onsbevölkerung (2) >> 2014 – 2017 (türk.) >> 2015 – 2017 (alban.) >> national			Rauchstoppkurse in der türkischsprechenden Bevölkerung wird seit 2006 laufend einer Wirkungs- und Prozessevaluation unterzogen. Das Projekt für die albanisch sprechende Migrationsbevölkerung startet 2015. Link zum Nationalen Rauchstoppprogramm und Evaluation des Pilotprojekts (türkisch): http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=236
Nationale Rauchstopp- linie >> 2015 – 2018 >> national	Krebsliga Schweiz mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)	Schweizer und in der Schweiz wohnhafte Personen mit Migrationshintergrund	Individuelle telefonische Rauchstoppberatung für Rauchende und deren Angehörigen. Beratungen in den Sprachen deutsch, französisch, italienisch, rätoromanisch, albanisch, portugiesisch, serbisch/kroatisch/bosnisch, spanisch, türkisch, englisch. Als Zielsetzung gelten Rauchstoppversuche, anhaltender Rauchausstieg und Rückfallprävention. Die Evaluation der Rauchstopp- linie hat gezeigt, dass zwölf Monate nach der Beratung 28.5% der Beratenden den Rauchausstieg geschafft haben. Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=238
Rauchfreie Luft – Gesunde Kinder! >>2012-2016	Lungenliga Schweiz	Gesundheitsfachleute, Eltern	Passivrauchen bringt zahlreiche gesundheitliche Risiken für Kleinkinder mit sich. Das Projekt „Rauchfreie Luft – gesunde Kinder!“ will dazu beitragen, den Anteil der Haushalte in der Schweiz, in denen in Gegenwart von Kindern in der Wohnung geraucht wird, zu senken. Mütter- und Väterberatende sowie Hebammen und Pflegefachpersonen werden in einem halbtägigen Kurs geschult, damit sie rauchende Eltern im Rahmen von Kurzinterventionen dabei unterstützen können, ihr Wissen im Bereich Passivrauchschutz der Kinder zu erweitern und ihr Rauchverhalten in der Wohnung entsprechend zu ändern. Link zum Projekt: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=202
Weniger Rauch und mehr Gesundheit im Gefängnis >> 2009 – 2011 >> Romandie	Universitätsspitaler Genf (HUG) und Institut für Sozial- und Präventionsmedizin (IMSP) der Universität Genf	Gefangene	In der Schweiz sind ungefähr 80% der Gefangenen und ein grosser Teil des Gefängnispersonals aktive Raucher oder Raucherinnen. Die Personen in Gefängnissen sind daher fast ununterbrochen dem Passivrauch ausgesetzt. Ziel dieses Projekts war es, mittels einer Aktionsforschung Lösungsansätze zu entwickeln, um die Lebensbedingungen hinsichtlich des Rauchens in den Gefängnissen zu verbessern. Diese wird in einem Untersuchungsgefängnis in Genf (Champ-Dollon) und in zwei Vollzugsgefängnissen durchgeführt, eines im Kanton Genf (La Brenaz) und das andere im Kanton Bern (Witzwil). Absicht des Aktionsforschungs-Ansatzes ist das Ansetzen bei konkreten Problemen aus der Praxis, um direktes soziales Handeln zu ermöglichen - partizipativer Ansatz. Im Schlussbericht kommen die Autoren zum Fazit, dass einzelne Massnahmen wie die Ausweitung der Rauchverbote nur dann positive Effekte zeigen, wenn sie mit weiteren Massnahmen kombiniert werden. Die Ausbildung des Personals trägt massgeblich dazu bei, den Wissenstransfer bis hin zu den Insassen zu bewirken und damit dient damit als Grundlage für mögliche Verhaltensanpassungen. Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=75
Queer Quit Nachfolge- studie	Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) mit	Schwule Männer	Da die Rauchprävalenz bei schwulen Männern im Vergleich zu den heterosexuellen Männern deutlich erhöht ist, wurde basierend auf einem Vorgängerprojekt aus England überprüft, ob schwule Männer in der Schweiz an einem zielgruppenspezifischen Rauchstopp interessiert wären (Schwappach, 2009). Das

<p>>> 2012 – 2014 >> national</p>	<p>finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>		<p>Projekt sollte dazu beitragen, die gesundheitsbezogene Ungleichheit zwischen homo- und heterosexuellen Männern zu nivellieren. Da viele Befragte eine Aufhörbereitschaft zeigten und eine schwulenspezifische Intervention zum Rauchstopp befürworteten, wurde das englische Kursprogramm für eine Schweizer Pilotstudie adaptiert. Insgesamt nahmen 70 homosexuelle Männer während sieben Wochen an Gruppenrauchstoppkursen teil, wobei sechs Monate nach der Durchführung noch 28.6% rauchfrei waren (Dickson-Spillmann, Sullivan, Zahno, & Schaub, 2014). Diese ersten Erfolge sollten in einer randomisiert kontrollierten Nachfolgestudie überprüft werden, was jedoch aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten in Zürich und Genf wieder verworfen werden musste.</p> <p>Link zum Nachfolgeprojekt mitsamt Evaluation des Projektabbruchs: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=186</p>
<p>Finanzielle Anreize zum Rauchstopp bei Rauchenden mit niedrigem sozioökonomischen Status: eine randomisierte Studie</p> <p>>> 2011 – 2015 >> Romandie</p>	<p>Institut de Santé Globale, Universität Genf mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status</p>	<p>Die Universität Genf prüft im Rahmen einer randomisierten Studie mit 1,050 Teilnehmenden, ob sich bei Rauchenden mit niedrigem Einkommen finanzielle Anreize beim Rauchstopp als wirksam erweisen. Ziel des Forschungsprojekts ist es zu prüfen, ob finanzielle Anreize kombiniert mit einer internetbasierten, personalisierten Entwöhnungshilfe bei Rauchenden mit niedrigem sozioökonomischem Status die Rauchstoppbereitschaft beziehungsweise den erfolgreichen Rauchstopp günstig beeinflussen können. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhalten nebst dem internetbasierten Beratungsangebot Warengutscheine im Wert von insgesamt 1,500 Franken, wenn sie rauchfrei bleiben. Die Gutscheine werden nach 1, 2 und 3 Wochen, sowie nach 1, 3 und 6 Monaten ausgegeben, wenn die Teilnehmenden zu diesen Zeitpunkten jeweils noch rauchfrei sind. Der Betrag wird laufend erhöht. Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe erhalten lediglich die internetbasierte, personalisierte Beratung. Der Rauchstatus der Teilnehmenden wird ein Jahr nach Interventionsende erneut erhoben, so dass auch Aussagen über deren Nachhaltigkeit gemacht werden können. Es werden zudem Angaben zu soziodemographischen Faktoren, Stärke der Tabakabhängigkeit, Aufhörmotivation und Rauchgeschichte erhoben.</p> <p>Link zum Projektbeschrieb: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=177</p>
<p>feelreal</p> <p>>> 2008 – 2012 >> Deutschschweiz</p>	<p>Lungenliga beider Basel mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Junge Frauen im Alter von 13 bis 25 Jahren</p>	<p>feelreal ist ein Informations- und Rauchstopp-Projekt für junge Frauen von 13 bis 25 Jahren, das seit Herbst 2005 von der Lungenliga beider Basel angeboten wird. Nach der Evaluation der bereits vom Tabakpräventionsfonds unterstützten Vorprojektphase wurde das Projekt optimiert. feelreal besteht aus zwei Teilen, einerseits aus den feelreal-Events, andererseits aus einem geschlechtsspezifischen Rauchstoppangebot. An den feelreal-Events können sich junge Frauen (Nichtraucherinnen und Raucherinnen) fotografieren lassen. Ihre Fotos werden mit einer Aging-Software bearbeitet. Diese stellt zweimal die Hautalterung in 10, 20, 30 Jahren dar, einmal als Raucherin und einmal als Nichtraucherin. So wird den jungen Frauen am eigenen Gesicht vor Augen geführt, wie unterschiedlich der Alterungsprozess von Nichtraucherinnen und Raucherinnen verläuft. Fachpersonen der Tabakprävention begleiten den Prozess, informieren und beraten die Teilnehmerinnen zu den Auswirkungen des Rauchens auf Schönheit und Gesundheit und über das Rauchstoppangebot.</p> <p>Das Konzept des Rauchstoppangebots wurde auf Grund der Erfahrungen im Vorprojekt und unter Einbezug der Zielgruppe überarbeitet. Es wird in Form von Workshops regional und teilweise mit externen Partnern durchgeführt. Die Workshops wurden 2011 aufgrund von Rekrutierungsproblemen eingestellt.</p>

			<p>Die Projektwebseite für junge Frauen mit Informationen zu Tabak, Internetsucht, Kaufsucht, Ernährung und Bewegung bleibt weiterhin aufgeschaltet.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=30</p>
<p>i-cut Gruppenrauchstopp-programm für Tabak und Cannabis</p> <p>>> 2011 – 2014 >> Deutschschweiz</p>	<p>Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Erwachsene Tabakabhängige mit regelmäßigem Cannabiskonsum</p>	<p>Bisher wurden Tabakabhängige und Cannabiskonsumierende nur separat mit Aufhörhilfen und Ausstiegsprogrammen angesprochen. Verschiedene Studien und die Befragungen im Vorprojekt haben allerdings ganz wesentliche Zusammenhänge zwischen Cannabis- und Tabakkonsum aufgezeigt. Die Untersuchungen haben auch gezeigt, dass die Wirkung von kombinierten Rauchstopp-Interventionsmassnahmen als besser eingestuft wird als diejenige von getrennten und unabhängigen Interventionen. Das integrative Rauchstopp-Programm i-cut für Tabak- und Cannabiskonsumierende hatte in erster Linie den simultanen Ausstieg zum Ziel. Zweitens - und im Sinne der nachhaltigen Wirkung - sollten die Programmteilnehmenden die Tabak- und Cannabisabstinenz aufrechterhalten und suchtfrei leben. Geprüft wurden die Machbarkeit und Wirksamkeit durch Messungen wie Atemanalysen oder Speicheltests, Befragungen der Teilnehmenden und Kursleitenden sowie eine externe Evaluation. Der integrative Tabak- und Cannabis-Rauchstoppkurs erwies sich als machbar und wurde von den Kursleitenden als sinnvoll erachtet. Ausserdem stiess er bei der Zielgruppe auf grosse Akzeptanz. Es empfiehlt sich deshalb, diesen Ansatz weiterzuverfolgen und in einer randomisiert kontrollierten Studie die Wirksamkeit der Intervention zu überprüfen, um sie bei positivem Wirkungsnachweis in die Regelversorgung zu integrieren.</p> <p>Link zum Projekt mitsamt Evaluation: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/tpf/index.html?lang=de&id=180</p>
<p>Tabakinterventionen in Suchtfachstellen Bestandsaufnahme und Empfehlungen</p> <p>>> 2010 – 2012 >> national</p>	<p>Fachverband Sucht GREA; Groupement Romand d'Etudes des Addiction mit finanzieller Unterstützung vom Tabakpräventionsfonds (TPF)</p>	<p>Suchtfachstellen (indirekt Klientinnen mit zusätzlicher Tabakabhängigkeit)</p>	<p>Klientinnen und Klienten in Suchtfachstellen sind überdurchschnittlich oft nikotinabhängig. Die Suchtfachstellen berücksichtigen diesen Umstand unterschiedlich stark. Es fehlt ein Überblick über die bestehenden Angebote und eine Orientierungshilfe, welche Angebote die Suchtfachstellen als Schnittstellenpartner im Verbund mit Tabakpräventionsfachstellen, Psychiatrie, Hausärztinnen und -ärzten etc. wahrnehmen können und sollen. Die Träger wollen diese Lücke schliessen und untersuchen die bestehenden Angebote der Suchtfachstellen im Bereich Tabakprävention und -behandlung. Im Anschluss an die Analyse diskutieren die beiden Verbände die Ergebnisse einerseits mit den Suchtfachstellen und deren Schnittstellenpartnern und andererseits mit Fachpersonen des Tabakpräventionsbereichs. Das Ziel: breit abgestützte Empfehlungen zur Rolle der Suchtfachstellen bei der Vermeidung und Behandlung von Nikotinabhängigkeit und ein Massnahmenplan, wie die Fachstellen diese Empfehlungen umsetzen können. Die angestrebte Wirkung des Projekts besteht in einer besseren Versorgung der Klientinnen und Klienten der Suchtfachstellen mit Angeboten im Tabakbereich.</p> <p>Link zum Projektbericht: http://www.grea.ch/sites/default/files/Rapport_Tabac_GREA_FS.pdf</p>

Tabelle A2. Wegweisende Projekte der Tabak- und Suchtprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Europa

Europäische Projekte			
Projekt	Projektträger	Zielgruppe und Themen	Massnahmen
<p>SILNE Smoking Inequalities - Learning from Natural Experiments</p> <p>>> 2012 – 2014 >> EU (12 Organisationen)</p>	<p>European Network for Smoking and Tobacco Prevention; koordiniert durch die Universität Amsterdam, Departement Public Health, AMC in den Niederlanden</p>	<p>Verschiedene Publikationen zur empirischen Evidenz der Wirksamkeit von Massnahmen der Tabakprävention im Hinblick auf Rauchausstieg bei erwachsenen und Verhinderung des Einstiegs bei jugendlichen Personen.</p>	<p>Nur wenige Studien haben den Einfluss der Tabakpolitik und Interventionen auf die Chancengleichheit von Jugendlichen untersucht. Die Autoren schlussfolgern aufgrund Ihres Reviews, dass die Erhöhung des Tabakpreises und –steuer die positivsten Auswirkungen hinsichtlich Gleichheit zeigen. Angebote zur individuellen Unterstützung des Rauchstopps können bestehende Ungleichheiten sogar vergrössern, wenn sie nicht spezifisch auf Personen mit tiefem sozioökonomischem Status abzielen.</p> <p>Link zum Projekt: http://silne.ensp.org/</p>
<p>Kooperationsbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten</p> <p>>> seit 2003 >> DE (42 Organisationen)</p>	<p>Krankenkassenspitzenverbände, Bundesärztekammer, Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit etc.</p>	<p>Zielsetzung der engen Kooperation untereinander zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten</p>	<p>15 regionale Knoten (Partnernetzwerke) zur Auswertung und Übertragung guter Praxis in der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten. Dies wird mit einer Datenbank für Projekte und Massnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. Dies vereinfacht den Zugang zu erfolgreichen Interventionskonzepten sowie den Transfer von Praxiserfahrungen. Über 2,700 Projekte und Regelangebote sind dokumentiert, wobei die Aussagen zu evidenz-basierten Effekten der Angebote aufgrund mangelhafter Datenqualität nicht bestimmt werden können. Des Weiteren hat der Kooperationsverbund auch <u>12 Kriterien guter Praxis</u> in der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten formuliert.</p> <p>Link zur europäischen Projektwebseite: http://health-inequalities.eu/</p>
<p>MiMi Gesundheit mit Migranten für Migranten in Europa</p> <p>>> seit 2003 >> DE & AT</p> <p>>> nominiert für den European Health Award</p>	<p>Ethno-Medizinische Zentrum e.V. Hannover</p>	<p>Migrationsbevölkerung</p>	<p>Ziel des Projekts ist es, bei Menschen mit Migrationshintergrund die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und für Massnahmen zur Prävention zu stärken und langfristig einen Beitrag zur Reduzierung von Ungleichheiten bezüglich der Gesundheitschancen zu leisten indem ihnen die gleichberechtigte Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten der Regelversorgung sowie der Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen ermöglicht bzw. erleichtert wird. Durch die Integration von Migrantinnen und Migranten in das deutsche Gesundheitssystem soll langfristig eine gesunde Integration auch auf sozial-gesellschaftlicher Ebene gefördert werden. Das Programm bewirkt eine erleichterte Aufnahme von Wissen bzw. Informationen (z.B. auch in den Bereichen Health Literacy oder <i>Financial Literacy</i>) bei den Migrantinnen und Migranten.</p> <p>Link zum Projekt: http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28</p>