



Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme

(bitte nicht handschriftlich ausfüllen)

Projektname	Nationales Rauchstopp-Programm Grundleistungen: Programmleitung, Rauchstopphilfen	
Projektstart	01.02.2010	
Projektende	31.08.2014	
Beitragsempfängerin / Beitragsempfänger	Name Strasse / Nr. PLZ / Ort	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Haslerstrasse 30 3008 Bern
Kontaktperson	Verena El Fehri	
Verfügungsnummer	10.000215_a	
Verfügungssumme	7'854'742 CHF	

Ort / Datum

23.10.2014

Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

Teil A

1	Zusammenfassung des Schlussberichts	2
2	Beurteilung der Resultate	3
3	Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)	10
4	Chancengleichheit.....	11
5	Weitere Punkte.....	12

Teil A

1 Zusammenfassung des Schlussberichts

Stellen Sie kurz den Projektverlauf, wichtigste Erkenntnis über Ergebnisse sowie Ihre Empfehlungen dar.

Heute werden in der Schweiz im Bereich Gesundheit so viele Raucherinnen und Raucher wie nie zuvor auf die Vorteile des Rauchstopps hingewiesen und mit entsprechenden Angeboten unterstützt. Dies ist zum überwiegenden Teil das Verdienst des Nationalen Rauchstopp-Programms.

Alle Projekte des Programms legen grosses Gewicht auf evidenzbasierte Aufhörhilfen. Das gilt sowohl für verhaltenstherapeutische als auch für medikamentöse Ansätze. Mit Nachdruck bewirbt das Programm ebenfalls Onlineangebote, die Rauchstopplinie, Broschüren sowie Kurse und Beratungsangebote.

Medizinisches Setting

In der Periode 2010 bis Mitte 2014 konnte das Nationale Rauchstopp-Programm die Information, Sensibilisierung und Schulung der Gesundheitsfachleute in der Aus-, Weiter- und Fortbildung noch weiter ausdehnen. Dies leisteten in erster Linie die Projekte Frei von Tabak (richtet sich vor allem an die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung), Rauchen - Intervention in der Zahnmedizinischen Praxis, Raucherberatung in der Apotheke und Rauchstopp-Beratung bei Diabetes- und Herz-Kreislauf-Kranken.

Gleichzeitig erhöhte sich bis Mitte 2014 die Anzahl Rauchstoppberatungsstellen an Spitälern, die Teil des Projekts Hospital Quit Support sind, auf 50. Das Projekt sorgt zugleich für die Standardisierung einer qualitativ hohen Beratung in diesen Fachstellen.

Allgemeine Bevölkerung und ausgewählte Bevölkerungsgruppen

Ausserdem thematisiert das Nationale Rauchstopp-Programm die Tabakentwöhnung regelmässig in der allgemeinen Bevölkerung und in ausgewählten Bevölkerungsgruppen. Das Projekt des jährlichen Rauchstopp-Wettbewerbs erzielt eine für die Schweiz aussergewöhnliche Breitenwirkung. Zugleich liegt die Abstinenzrate bei den teilnehmenden Personen nach sechs Monaten mit 33 Prozent auf hohem Niveau.

Neu schuf das Nationale Rauchstopp-Programm in der Periode 2010 bis Mitte 2014 mit den Rauchstoppkursen für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei ein Angebot für eine Bevölkerungsgruppe mit überdurchschnittlich hoher Tabakprävalenz. Diese Kurse zeigen eine sehr hohe Wirksamkeit, nach zwölf Monaten beträgt die Abstinenzrate bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern fast 60 Prozent.

Empfehlungen

Eine enge Vernetzung mit den verschiedenen Berufs- und Fachorganisationen, Bildungsinstitutionen, den Fachstellen und Ligen in den Kantonen, die in der Tabakentwöhnung tätig sind, sowie eine gute Zusammenarbeit mit den universitären Instituten sind die Basis für eine erfolgreiche Umsetzung des Nationalen Rauchstopp-Programms. Ebenso zentral ist der Einbezug der medizinischen Fachpersonen, die in der Rauchstoppbehandlung in der Schweiz führend sind.

Dabei bringt ein aktives Zugehen auf die Zielgruppen eindeutig viel Erfolg. Mailings und schriftliche Informationen hingegen sind von äusserst beschränkter Wirkung.

Der Einbezug bestehender Austauschplattformen wie der Jahrestagung und der sprachregionalen Foren der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz erhöht den Wissensstand und vertieft die Vernetzung. Das gilt ebenso für projektspezifischen Austauschmöglichkeiten wie das Clinical Update von Frei von Tabak und den Workshop von Hospital Quit Support.

2 Beurteilung der Resultate

Falls Ihr Projekt extern evaluiert wurde, legen Sie bitte den Evaluationsbericht bei.
 Welches waren Ihre Detailziele und angezielten Ergebnisse (Meilensteine) und wie beurteilen Sie die Zielerreichung?
 Bitte füllen Sie die untenstehende Tabelle aus.

Ziel (Detailziele / Meilensteine gemäss Gesuchseingabe Pt 4. / 4.1)	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
Programmleitung				
Ziel 1: Der optimale Verlauf des Programms ist gewährleistet. Die Programmfortsetzung nach 2012 ist entwickelt.	x			<p>Die detaillierten Beschreibungen der Projekte (5 im medizinischen Setting und zwei, die sich direkt an die rauchende Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen richteten) waren eine wertvolle Grundlage für den erfolgreichen Projektverlauf und das Controlling. Notwendige Änderungen wurden rechtzeitig erkannt und entsprechende Anpassungen vorgenommen. Die Projektleiterinnen und -projektleiter lieferten jährlich zweimal Statusberichte zu Händen der Programmleitung ab. In den ersten drei Jahren erfolgte zusätzlich eine jährliche Prosaberichterstattung der Projekte. In den letzten eineinhalb Jahren wurde die Berichterstattung auf drei Statusberichte und die Schlussberichte je Projekt für den TPF reduziert. In einigen Projekten wurden die Budgets nicht voll ausgenutzt, in andern leicht überschritten.</p> <p>Die Betreuung der Projekte durch die Programmleiterin wurde einerseits bilateral wahrgenommen, andererseits wurden auch Treffen zum Austausch und zur Koordination und Umsetzung gemeinsamer Aktivitäten durchgeführt.</p> <p>Der Programmausschuss kam jährlich zwischen drei bis fünf Mal zusammen. Nebst den allgemeinen Aufgaben zur Programmsteuerung betraf seine Hauptaktivität die Zukunft des Programms.</p> <p>Die Arbeiten für die Fortsetzung des Programms nach 2012 wurden von der Programmleitung bereits Ende 2010 an die Hand genommen. Als Grundlagen dienten in erster Linie ein Bericht über die 10-jährige Dauer des Rauchstopp-Programms und die Guidelines zu Artikel 14 der Rahmenkonvention über Tabakkontrolle der WHO, die im Herbst 2010 in Uruguay verabschiedet worden waren. Auf dieser Basis wurde ein Schwerpunktprogramm für die nächste Programmperiode erarbeitet, welches im Rahmen eines Stakeholderprozesses weiterentwickelt wurde. Der Prozess bestand aus Workshops mit Betroffenen (nationalen und kantonalen Akteuren der Tabakprävention) und Expertinnen und Experten sowie einer schriftlichen Vernehmlassung. Das Schwerpunktprogramm diente anschliessend als Grundlage zur Erarbeitung des Programmantrags für die Periode 2013 bis 2016. Der Antrag wurde vom TPF als ungenügend zurückgewiesen, das Programm daraufhin um weitere 1 ½ Jahre verlängert. Die Trägerorganisationen des Programms, neu nun auch wieder unter der Mitarbeit der Lungenliga Schweiz,</p>

Ziel (Detailziele / Meilensteine gemäss Gesuchseingabe Pt 4. / 4.1)	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
				erarbeiteten auf eigene Kosten einen neuen Antrag für die Periode Mitte 2014 bis Ende 2017, der vom TPF genehmigt wurde.
<u>Ziel 2:</u> Die Programm-partner, insbesondere die Berufs- und Fachorganisa-tionen im Gesundheitswesen, die kantonalen Krebs- und Lungenligen, Tabak- und Suchtpräventionsfachstellen, die Verantwortlichen von Kantonen und Gemeinden für Gesundheitsförderung und Mitarbeitende des Ge-sundheitswesens sind über den Programmverlauf und über Neuentwicklungen in der Behandlung von Rau-cher/-innen informiert.	x			<p>Jährlich wurden vier Bulletins auf Deutsch und Französisch herausgegeben, die zusammen mit der AT-Information an über 4000 Personen ver-schickt wurden. Im Bulletin wurde einerseits infor-miert über die Programmaktivitäten, aber auch auf neue Erkenntnisse zur Behandlung der Tabakab-hängigkeit und weitere Fragen im Zusammenhang mit der Raucherentwöhnung eingegangen. Alle Bulletins erschienen in Papierform. Als PDF sind sie auch unter der Rubrik „Rauchstopp-Programm“ auf der AT-Website zugänglich.</p> <p>Die interessierten Partnerorganisationen und Ge-sundheitsfachleute konnten sich einmal jährlich bei unterschiedlichen Anlässen über neue Erkenntnis-se bei der Raucherentwöhnung und über in der Schweiz laufende Projekte informieren. Die Pro-grammleitung war in die Organisation aller Veran-staltungen massgeblich involviert. Es handelt sich um die AT-Tagungen 2010 und 2012 sowie 2013 und die 2. Nationale Tabakpräventionskonferenz vom 10./11. November 2011 in Bern.</p> <p>Für Gesundheitsfachleute in engem Kontakt mit den Projekten „Frei von Tabak“ und „Hospital Quit Support“ fanden zusätzlich einmal jährlich weitere Veranstaltungen statt. (Siehe Projektberichte)</p> <p>Im Rahmen der diversen Plattformen der Trägeror-ganisationen wurde regelmässig über den Verlauf des Rauchstopp-Programms informiert. Im 2010 und im 2012 referierte die Programmleiterin zudem an den Nikotintagungen, die in diesen beiden Jah-ren jeweils im Frühjahr in der Klinik Barmelweid AG stattfanden.</p>
<u>Ziel 3:</u> Die wissenschaftliche Abstützung des Programms ist gesichert.	x			<p>Das Verfolgen der internationalen Debatte zur er-folgreichen Umsetzung von Massnahmen zur För-derung des Rauchstopps und zur Nikotinabhängig-keit und deren Behandlung gehört zu den wichtigs-ten Aktivitäten zur wissenschaftlichen Abstützung des Programms. Projektleiter/-innen und weitere Fachleute werden auf relevante Forschungsergeb-nisse hingewiesen. Partnerorganisationen werden auf Anfrage mit Unterlagen bedient. Die so gewon-nenen Erkenntnisse fliessen in die tägliche Arbeit ein, führen zu Veröffentlichungen im Bulletin und zur Aktualisierung der Texte zum Rauchstopp auf www.at-schweiz.ch. Sie bilden die Grundlage zur Beantwortung von Anfragen von Fachleuten, Medi-en und aus der Bevölkerung.</p> <p>Der Prozess zur Entwicklung des Folgeprogramms im Jahre 2010 wurde insbesondere genutzt, um die wissenschaftliche Abstützung der Vorgehenswei-sen im Nationalen Rauchstopp-Programm zu über-prüfen. Dies geschah auf der Basis der Guidelines zu Artikel 14 der Rahmenkonvention über Tabak-kontrolle der Weltgesundheitsorganisation, die auf</p>

Ziel (Detailziele / Meilensteine gemäss Gesuchseingabe Pt 4. / 4.1)	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
				<p>den bestehenden wissenschaftlichen Evidenzen und der aktuellen Best Practice basieren.</p> <p>Dem Programm stand ein wissenschaftlicher Beirat zur Seite. Der Beirat traf sich im Januar 2011, um eine Bilanz über das zehnjährige Bestehen des Programms zu ziehen. Als Diskussionsgrundlage diente ein von der Programmleiterin verfasster Bericht. Diese Diskussion war ebenfalls Teil des Prozesses zur Entwicklung der Programmschwerpunkte für die kommende Programmphase 2013 – 2016. Mit einzelnen Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats traf sich die Programmleiterin regelmässig zum Austausch. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats beteiligten sich ebenfalls am Workshop zur Zukunft des Rauchstopp-Programms und an der schriftlichen Vernehmlassung dazu. Zu spezifischen Fragen vor allem im Hinblick auf die Fortsetzung des Programms wurden auch Expertinnen und Experten konsultiert, die nicht Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Programms waren.</p> <p>Folgende wissenschaftliche Arbeiten wurden in der Programmperiode 2010 bis Mitte 2014 mit Unterstützung des Projekts realisiert: Ein Bericht zur Rolle sozialer Netzwerke bei Tabakprävention und Rauchstopp¹ und die Delphi-Studie unter der Leitung von Prof. J. Cornuz zu E-Zigaretten im Jahre 2013.</p>
Unterlagen und Hilfen zum Rauchstopp				
<u>Ziel 1:</u> Die bestehenden schriftlichen Unterlagen werden laufend aktualisiert und in den Projekten vertrieben. Neue Unterlagen werden bei Bedarf entwickelt.	x			<p>In der Programmperiode 2010 bis Mitte 2014 wurden die Inhalte der Broschüren, die zum Experteninterventionssystem gehörten in Deutsch und Italienisch in einer einzigen Broschüre zusammengefasst. In französischer Sprache werden weiterhin die 6 Broschüren von stop-tabac vertrieben. Die Merkblätter in türkischer Sprache wurden neu geschrieben und aufgelegt. Die restlichen Merkblätter wurden laufend aktualisiert, aber nicht grundsätzlich neu verfasst.</p> <p>Immer wenn ein Nachdruck eines Merkblatts oder einer Broschüre notwendig ist, wird der Inhalt überprüft und in fast allen Fällen ergeben sich grössere oder kleinere Anpassungen. Es wurden des weiteren neue Merkblätter zu den Themen Medikamente und Tabak sowie psychische Gesundheit aufgelegt.</p> <p>In der Zeit von 2010 bis Ende 2013 wurden über 160'000 Broschüren und Merkblätter zum Rauchstopp vertrieben.</p> <p>Jährlich wurden rund 100 telefonische Anfragen aus dem Publikum beantwortet.</p>
<u>Ziel 2:</u> Onlineinformationen und -tools zur Unterstützung beim Rauchstopp liegen vor	x			<p>Im Rahmen des Programms wurden keine neuen online Rauchstopptools entwickelt. Hingegen unterstützte das Programm die Entwicklung des Ex-</p>

¹ Salis Gross C., Soom Amman E. (2013). Die Rolle sozialer Netzwerke bei Tabakprävention und Rauchstopp. http://www.at-schweiz.ch/fileadmin/Daten/Tagungen/2013/Schlussbericht_Christakis2013.pdf

Ziel (Detailziele / Meilensteine gemäss Gesuchseingabe Pt 4. / 4.1)	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
und werden eingesetzt. Bezüglich der online Unterstützungshilfen beim Rauchstopp arbeitet die AT eng mit www.stop-tabac.ch zusammen.				<p>perteninterventionssystem von stop-tabac hin zum Rauchstoppcoach. Die online Rauchstoppools von stop-tabac wurden in jeder Ausprägung und in jeder Phase im Rahmen der Projekte des Nationalen Rauchstopp-Programms beworben.</p> <p>Auf der AT-Website finden sich unter der Rubrik Rauchstopp eine Reihe von Informationen, Tests, Übungen und Beratungsadressen. Die Seiten mit den Angeboten der Ligen, Fachstellen und Spitäler wurden im Jahre 2010 übersichtlicher gestaltet. Mit einem Klick auf ein Kantonswappen sind die Angebote im Kanton ersichtlich. Die Richtigkeit der Angaben wird einmal jährlich überprüft. Im ersten Quartal 2013 wurden die obgenannten Seiten auch unter „mobile.at-schweiz.ch“ so aufbereitet, dass sie von Smartphone-Nutzer/-innen einfach zugänglich sind. Ein entsprechender QR-Code wird auf allen Materialien aufgedruckt.</p> <p>Im Rahmen sämtlicher Projekte wurden sowohl Multiplikator/-innen und Raucher/-innen immer wieder auf das Angebot der Rauchstopplinie hingewiesen.</p>

Nennen Sie Beispiele an denen man den Unterschied sehen kann, den das Projekt bei der Zielgruppe macht (Income-Outcome-Relation) und nehmen Sie dabei Bezug zum Wirkungsmodell (www.tabak-praevention.ch / Rubrik Wirkungsmanagement).

Die nachstehenden Beispiele beziehen sich auf die zwei programmübergeordneten Ziele:

Das Nationalen Rauchstopp-Programm strebt folgenden Zustand an:

- *Raucher und Raucherinnen werden bei jedem Arzt- und Zahnarztbesuch, Spitalaufenthalt, jeder Diabetesberatung und in der Apotheke auf die Vorteile hingewiesen, mit Rauchen aufzuhören.*
- *Ärztinnen und Ärzte der medizinischen Grundversorgung sowie Fachärztinnen und Fachärzte aus den Bereichen Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes sowie ihre Praxisteams, die Teams in zahnmedizinischen Praxen, Apotheken und Spitälern bieten Aufhörinteressierten Unterstützung beim Rauchstopp an, die auf wissenschaftlicher Evidenz basiert, oder vermitteln Adressen von spezialisierten Zentren in der Raucherentwöhnung, die ebenfalls evidenzbasiert arbeiten.*
- *Raucher und Raucherinnen kennen die wirksamen Hilfsangebote zum Rauchstopp und nehmen sie in Anspruch.*

Die unspezifischen übergeordneten Programmziele lauten:

- *Bei den Gesundheitsberufen und den entsprechenden Fach- und Berufsorganisationen ist die Motivation und die Befähigung zur Rauchstopp-Beratung weiter zu verankern (Multiplikatoren).*
- *Bei den Raucherinnen und Rauchern ist die Motivation zum Rauchstopp und die Nutzung wissenschaftlich gesicherter Entwöhnungshilfen weiter zu erhöhen (Bevölkerung).*

Dank dem Nationalen Rauchstopp-Programm wurden wichtige Schritte zur Verankerung der Rauchstopp-Beratung im medizinischen Setting erreicht. Gleichzeitig wurde die Ansprache der Raucherinnen und Raucher hinsichtlich Rauchstopp verstärkt.

Resultate der Projekte im medizinischen Bereich in Kürze:

Vor 2001 (Start des Nationalen Rauchstopp-Programms) wurden für das medizinische Personal periodisch von diverser Seite (Pharmaindustrie, Universitäten, im Rahmen einzelner Aktionen von NGOs) Fortbildungen angeboten. Meist hing die Durchführung von Personen ab, die dem Thema besonders angetan waren. Mit der Aufnahme des Themas in die verschiedenen Curricula wurde die Voraussetzung geschaffen, dass die Behandlung des Rauchstopps zunehmend personenunabhängiger wurde. Die diversen Curricula und die Befragungen im medizinischen Setting zeigen, dass die Behandlung der Tabakabhängigkeit in den letzten zehn Jahren wesentlich verstärkt wurde. Dank den Massnahmen, die in der Programmperiode 2010 bis Mitte 2014 umgesetzt werden konnten, konnte die Information, Sensibilisierung und Schulung der Gesundheits-

fachleute weitergeführt, die Zusammenarbeit mit den Bildungsinstitutionen gefestigt und neue Rauchstoppberatungsstellen an Spitälern aufgebaut werden.

Frei von Tabak (2001)

Hauptziel des Projektes ist es, die Qualität und die Häufigkeit der Beratung zum Rauchstopp in den Schweizer Arztpraxen mittels eines Fortbildungssystems und Dokumentation für die Ärzteschaft zu verbessern. Zwei Kursmodule kamen dabei zur Anwendung: ein informatives Sensibilisierungsmodul von ein bis zwei Stunden Dauer (zumeist in Kongressen und Fortbildungsnachmittagen eingebaut) und ein langes Übungsmodul von einem ganzen Nachmittag. Die Kurse werden von ärztlichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt. Seit dem Start der Kurse im Jahr 2002 fanden 630 Veranstaltungen (in Form von Kursen, Tagungen und Workshops) statt. Eine deutliche Mehrheit der Grundversorgerinnen und Grundversorger hat in den letzten Jahren einen oder mehrere dieser Veranstaltungen absolviert. 2002/03 berichteten erst 5 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte über mindestens einen Kursbesuch in einer ärztlicher Rauchstoppberatung, im Frühjahr 2008 waren es bereits 26 Prozent (32% in der französischsprachigen Schweiz, 24% in der Deutschschweiz und 16 Prozent im Tessin). Bei den Grundversorgern an Bedeutung gewonnen haben seit Projektstart die persönliche Begleitung durch den Arzt oder die Ärztin im Entwöhnungsprozess bis zum Rauchstopp und die Überweisung der Patientinnen und Patienten an eine spezielle Entwöhnungsberatung. (Mehr dazu im separaten Projektschlussbericht)

Rauchen - Intervention in der zahnmedizinischen Praxis (2002)

Von Anfang an wurde darauf hingearbeitet, die Kurzintervention und die Raucherberatung in allen Dentalhygiene- und Prophylaxe-Assistentinnen-Schulen sowie an den vier zahnmedizinischen Fakultäten im Unterricht zu etablieren. Heute ist das Thema Tabakentwöhnung in den Rahmenlehrplänen vorgesehen und wird im Unterricht (von Fakultäten und Schulen) aufgenommen. Bei den zahnmedizinischen Fakultäten und an den Dentalhygiene-Schulen ist es Teil des überprüften Wissens an Examen. Im Verlauf der Projektphase wurden durch das Projekt selbst 30 Fortbildungen an Berufsschulen und zahnmedizinischen Fakultäten durchgeführt, nebst den Schulungen, die die diversen Ausbildungsstätten selbständig durchgeführt haben. Wie die Befragung bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten gezeigt hat, haben die Tabakprävention und die Raucherberatung in der zahnmedizinischen Praxis weiter an Bedeutung gewonnen. 80,5 Prozent der antwortenden Zahnärztinnen und Zahnärzte gaben in der Evaluation von 2012 an, den Rauchstatus immer oder teilweise in der Patientenkartei zu erfassen. Im Jahre 2002 waren es erst 54 Prozent gewesen (Krebs 2011)². (Mehr dazu im separaten Projektschlussbericht)

Raucherberatung in der Apotheke (2004)

Ziel des Projekts „Raucherberatung in der Apotheke“ ist es, Apotheken-Fachpersonal für seine Rolle in der Tabakentwöhnung zu sensibilisieren und seine Kompetenz in der Beratung und Begleitung von rauchenden Kundinnen und Kunden zu erweitern und zu verbessern. Deshalb wurde darauf hingearbeitet, das Fachwissen zur Tabakentwöhnung in den Lehrplänen der pharmazeutischen Fakultäten und der Berufsschulen für Pharma-Assistentinnen zu integrieren, Fortbildungskurse für bereits im Arbeitsleben stehende Berufspersonen anzubieten sowie geeignete Fachinformationen zum Rauchen, zur Tabakprävention und zur Beratung von rauchenden Kundinnen und Kunden bereitzustellen und zu verbreiten. Es konnte erreicht werden, dass in der Grundausbildung an den Fakultäten und an den Berufsschulen das Gespräch mit rauchenden Kundinnen und Kunden und die Pharmakotherapie für den Rauchstopp gelehrt wird. An den pharmazeutischen Fakultäten Basel und Genf werden dem Thema mehrere Lektionen eingeräumt. In der Befragung von 2012 gaben 60.9 Prozent aller antwortenden Apothekerinnen und Apotheker an, in der universitären Grundausbildung geschult worden zu sein, wobei bei den unter 30-Jährigen 91% angeben, das Thema in der Grundausbildung behandelt haben.

Bei den Pharma-Assistentinnen wurde die Rauchstoppberatung unter dem Thema „Sucht“ in den Lehrplan aufgenommen. (Mehr dazu im separaten Projektschlussbericht)

Rauchstopp-Beratung bei Diabetes- und Herz-Kreislaufkranken (2007)

Ziel des Projekts ist es, dass Personen mit erhöhten Risiken für Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten vermehrt systematisch auf ihr Rauchverhalten angesprochen werden und zuverlässige Unterstützung beim Rauchstopp erhalten. Dazu wurden für die Fachärzteschaft im bewährten Peer-to-Peer-System zahlreiche Kurse, Workshops, Referate und Tagungen zu ihrer Fortbildung durchgeführt. Den beratenden Fachpersonen im Bereich von Diabetes- und Herz-Kreislauf-Krankheiten wurden ganztägige Schulungen und Übungskurse und einmal jährlich Aufbaukurse in der Rauchstopp-Beratung angeboten. Beiden Berufsgruppen wurden zudem Materialien zur Patientenberatung wie auch Materialien zur eigenen Fortbildung zur Verfügung gestellt. In der Fachärzteschaft wurden in den viereinhalb Berichtsjahren 55 Veranstaltungen mit 970 teil-

² Krebs, H. 2011 Ärztliche Rauchen-Beratung in der Schweiz 2008 Schriftliche Befragung bei Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis. Erhebung im Auftrag des Nationalen Rauchstopp-Programms. Zürich 2011, interner Bericht.

nehmenden Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt. Im Sinne der Kosteneffizienz wurden mehr als die Hälfte davon in Zusammenarbeit mit Frei von Tabak aufgebaut. Für die Fachpersonen im Bereich Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten waren es mit wenigen Ausnahmen eigenständige Ganztagesfortbildungen, total 21 Anlässe mit 410 Teilnehmenden. Die Kursteilnehmenden unter den Fachpersonen schätzen die Fortbildungskurse. Den beiden Kursformen wurde eine hohe Praxisrelevanz attestiert. (Mehr dazu im separaten Projektschlussbericht)

Hospital Quit Support (seit 2005)

Hospital Quit Support hat zum Ziel, an allen Schweizer Spitälern mit ärztlicher Ausbildung bzw. in mindestens einem Spital pro Kanton Raucherberatung und Hilfe zum Rauchstopp anzubieten, ähnlich dem bestens etablierten Angebot bei Hypertonie und Adipositas. Eine Untersuchung im Jahre 2005 unter den grössten Schweizer Spitälern (44) förderte zu Tage, dass nur eine Minderheit (9) ihren Patientinnen und Patienten systematisch Unterstützung beim Rauchstopp anbot. Sprechstunden zu den Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Übergewicht gab es hingegen in über 90 Prozent der befragten Spitäler. Die Zahl der Angebote an Spitälern konnte mindestens verdreifacht werden. Aktuell umfasst das HQS-Netzwerk rund 50 Beratungsstellen, meist an den ursprünglich definierten 44 Spitälern. (Mehr dazu im separaten Projektschlussbericht)

Resultate der Projekte, die sich an die rauchende Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen richten in Kürze

Rauchstopp-Wettbewerb

Mit dem Rauchstopp-Wettbewerb werden jeweils relativ viele Personen auf einmal erreicht. Bis jetzt sind keine Beispiele aus der Schweiz bekannt, die die gleiche Breitenwirkung erzielten. Zudem nutzen die Akteure aus der Tabakprävention den Wettbewerb zur Verstärkung ihrer Aktivitäten zur Förderung des Rauchstopps. Die Nachbefragungen bei Wettbewerbsteilnehmern und -teilnehmerinnen in der Schweiz zeigen hohe Abstinenzraten, sogar sechs Monate nach Abschluss des Wettbewerbs. Die letzte Befragung (Krebs 2013) fand im Januar 2012 statt, sechs Monate nach dem Wettbewerb 2011. Mehr als zwei Dritteln der angemeldeten Wettbewerbsteilnehmer/-innen gelang es, zwischen Juni 2011 und Januar 2012 während mindestens vier Wochen nicht zu rauchen. Ein Drittel der Wettbewerbsteilnehmerinnen und -teilnehmer war im Januar 2012 immer noch rauchfrei. Bei den mit dem Wettbewerb erreichten aufhörinteressierten Raucher/-innen lag der Anteil Personen im Jahre 2012, die auf nikotinhaltige Medikamente als Unterstützung beim Rauchstopp zurückgriffen, bei 27% Prozent. (Mehr dazu im separaten Projektschlussbericht)

Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei

Mit der Integration des Projekts Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei im Jahre 2010 ins Programm wurde erfolgreich eine stark belastete Bevölkerungsgruppe mit einer hohen Tabakprävalenz mit dem neuen, vielversprechenden beziehungsgeleiteten Ansatz erreicht. Das Angebot (Rauchstoppkurse) zeichnet sich durch eine sehr hohe Wirksamkeit aus. Die Haltequote in den Kursen liegt bei über 90 Prozent. Gegen 60 Prozent der Kursbesucher/-innen sind 12 Monate nach dem Kurs immer noch rauchfrei. (Mehr dazu im separaten Projektschlussbericht)

Resultate zur Nutzung wissenschaftlich gesicherter Entwöhnungshilfen

In den Projekten des Programms wird grosses Gewicht auf die Förderung wissenschaftlich bewiesener Aufhörhilfen gelegt, sowohl auf verhaltenstherapeutische wie auch auf medikamentöse Ansätze. Speziell beworben werden ebenfalls Online-Programme, Broschüren, die Rauchstopplinie sowie Kurse und Beratungsangebote. Die meisten evidenzbasierten Aufhörhilfen verdoppeln die Erfolgsrate beim Rauchstopp im Vergleich zu keiner Nutzung. Teilnehmer/-innen an Projekten des Rauchstopp-Programms nehmen - wie die Zahlen zum Rauchstopp-Wettbewerb, aber auch zu den Kursen für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei zeigen - diese Angebote in Anspruch. Es darf angenommen werden, dass die Raucherinnen und Raucher, die Angebote des Nationalen Rauchstopp-Programms nutzen, verstärkt auf evidenzbasierte Hilfen bei der Raucherentwöhnung zurückgreifen. Die Beratung durch Gesundheitsfachleute, die vom Programm gefördert wird, dürfte ebenfalls zu einer stärkeren Nutzung von evidenzbasierten Hilfen beitragen. Gemäss den Daten aus dem Suchtmonitoring 2013 haben täglich Rauchende, die im Jahre 2013 einen Aufhörversuch unternommen hatten, am häufigste als Entwöhnungshilfen Nikotinkaugummis (9.2%) und Nikotinpflaster (6.9%) genannt (Kuendig et al. 2014)³.

³ Kuendig H., Notari L., Gmel G. (2014). Désaccoutumance tabagique en Suisse en 2013 - Analyse des données du Monitoring suisse des addictions, Addiction Suisse, Lausanne, Suisse

Angaben aus der Sicht der Bevölkerung hinsichtlich der Ansprache von Raucherinnen und Rauchern zum Rauchstopp im medizinischen Setting liegen aus dem Tabakmonitoring vor (Krebs et al. 2010)⁴. Die subjektiv erlebten Erfahrungen widerspiegeln nur zum Teil die Resultate der Untersuchungen bei den Gesundheitsfachleuten, die im Rahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms gemacht wurden. In der Ärztebefragung (Krebs 2011)⁵, die im Jahre 2008 durchgeführt wurde, gaben 82 Prozent der Befragten an, alle Patientinnen und Patienten zu fragen, ob sie rauchen oder früher geraucht haben. In der Befragung 2002/03 waren es 78 Prozent. In der Untersuchung im Tabakmonitoring (Krebs et al. 2010) gaben 68 Prozent an, schon einmal mit einer Ärztin oder einem Arzt über das Rauchen gesprochen zu haben. 31 Prozent der Raucherinnen und Raucher berichten, in der zahnmedizinischen Praxis schon einmal übers Rauchen gesprochen zu haben. Das sind 6 Prozentpunkte mehr als in der Befragung 2007/08. 2008 berichteten 47 Prozent, 2012 60 Prozent der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte den Rauchstatus der Patientinnen und Patienten immer zu erfassen (Krebs 2013). Die Unterschiede in den Angaben von Patientinnen und Patienten versus dem gesundheitsmedizinischen Personal kann auch zum Teil an der Ausschöpfung der Daten liegen. Der Rücklauf in der Befragung der Zahnärzteschaft betrug 2012 22 Prozent. In der Befragung in der Ärzteschaft im Jahre 2008 war er allerdings mehr als doppelt so hoch.

Wurde ein Wirkungsnachweis oder eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt? Was sind die Ergebnisse?

Eine übergeordnete Programmevaluation war nicht geplant. In den einzelnen Projekten wurden Fremdevaluationen durchgeführt. In der Periode 2010 – Mitte 2014 waren es folgende:

- Krebs H. (2013), Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung bei zahnmedizinischen Praxen in der Schweiz 2012 – mit Trends seit 2002/03
- Müller R., Krebs H. (2013) Rauchstoppberatung in schweizerischen Apotheken 2012, Schriftliche Befragung bei Apothekerinnen und Apothekern sowie bei Pharmaassistenten und -Assistentinnen
- Müller R. (2013) Evaluation der Rauchstoppkurse für HerztherapeutInnen und DiabetesberaterInnen mit rauchenden Patienten und Patientinnen, 2. Online-Befragung, Juni 2010
- Müller R., Guggisberg N. (2012), Evaluation der Schulungskurse zur Tabakentwöhnung in der kardialen Rehabilitation sowie in der Diabetesberatung - 2. Periode: 2009 bis 2011
- Müller R. (2014) Evaluation der Rauchstoppkurse für HerztherapeutInnen und DiabetesberaterInnen mit rauchenden Patienten und Patientinnen, 3. Online-Befragung 2013
- Krebs H. (2012), Rauchstopp-Wettbewerb 2011 Evaluationsstudie mit telefonischer Nachbefragung der Teilnehmenden im Januar 2012
- Arnold A., Salis Gross C., Cangatin S., Sariaslan E. (2013). Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei Evaluation zur Durchführung und Wirkung der Kurse 2012. Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Bericht Nr. 339
- Arnold A., Salis Gross C., Cangatin S., Sariaslan E. (2013). Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei Evaluation zur Durchführung und Wirkung der Kurse 2012. Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Bericht Nr. 349
- Müller R., Guggisberg N. (2014), Evaluation der Schulungskurse zur Tabakentwöhnung in der kardialen Rehabilitation sowie in der Diabetesberatung, 6. Fortbildungskonferenz der SIDB/GICD und der SHS, 6. September 2013

Die meisten Befragungen wurden so gestaltet, dass Vergleiche mit Evaluationen, die vor 2010 durchgeführt wurden, möglich waren. Alle Berichte sind unter <http://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm.html/> Berichte zugänglich.

⁴ Krebs, H., Keller, R., Radtke, T. & Hornung, R. (2010). *Raucherberatung in der ärztlichen und zahnmedizinischen Praxis aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden (Befragung 2010). Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.

⁵ Krebs, H. 2011 *Ärztliche Rauchen-Beratung in der Schweiz 2008 Schriftliche Befragung bei Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis*. Erhebung im Auftrag des Nationalen Rauchstopp-Programms. Zürich 2011.

3 Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)

Wie beurteilen Sie die Nachhaltigkeit Ihres Projekts? z.B.

- bleibt die Wirkung des Projekts auch nach Projektende bestehen?

- zieht das Projekt weitere Wirkungen nach sich (Nachahmung, Schneeballeffekt)?

- gehen die durch das Projekt entstandenen Prozesse weiter und wirken sie über die Zielgruppe hinaus?

Haben Sie die Möglichkeiten der Multiplikation des Projekts geprüft? Welche Möglichkeiten haben Sie ausgemacht?

Wie werden Sie das erarbeitete Know-how sowie die gemachten Erfahrungen für andere Projekte und Anliegen nutzbar machen? Über welche spezifischen Kanäle (Präsentation, Artikel und Publikationen, Internet, Radio / TV) wurden/ werden die Ergebnisse verbreitet?

Nachhaltigkeit: Projekte im medizinischen Setting

Bleibt die Wirkung des Projekts bzw. des Programms auch nach Projekt resp. Programmende bestehen?

Dank der Verankerung der Behandlung der Tabak- und Nikotinabhängigkeit in der Ausbildung im medizinischen Setting werden die Voraussetzungen geschaffen, dass die Investitionen ins Nationale Rauchstopp-Programm nachhaltig wirken. Würden die Bemühungen im Nationalen Rauchstopp-Programm aber heute gestoppt, müssten Rückschläge in Kauf genommen werden. Die Lehre der Behandlung der Tabak- und Nikotinabhängigkeit ist nach wie vor auf die Grundlagen, die vom Programm entwickelt, zur Verfügung gestellt und aktiv vertrieben werden, angewiesen. In gewissen Sektoren, z.B. im Rahmen der klinischen Semester für Ärztinnen und Ärzte, müssen Ausbildungscurricula erst noch integriert werden⁶. In andern Bereichen, z.B. bei der spitalbasierten Rauchstoppbehandlung, könnte ein Ausbleiben der Unterstützung durch das Programm rasch dazu führen, dass beim nächsten Stellenwechsel der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes oder der Gesundheitsfachperson, die die Beratungen durchführt, das Angebot wieder auf Eis gelegt wird. In anderen Bereichen, z.B. bei den nichtärztlichen Personen in engem Kontakt mit Herz-Kreislauf- und Diabetes-Patientinnen und -Patienten, sind die Kurse, die das Programm durchführt nach wie vor die einzige Schulungsmöglichkeit mit der notwendigen Nähe zur beruflichen Praxis.

Zieht das Projekt weitere Wirkungen nach sich

Zahlreiche Ansätze, die bei der Umsetzung der Projekte zur Anwendung kommen, könnten auf weitere medizinische Berufe ausgedehnt werden. Das bedingt aber zusätzliche finanzielle Investitionen, denn auf dem Verordnungsweg lassen sich ohne vorherige grosse Anstrengungen keine Lehrinhalte in Curricula integrieren. Dabei stellt sich aber die Frage, wie eng die Kontakte in der täglichen Arbeit zwischen weiteren Berufsgruppen im Gesundheitswesen und Raucherinnen und Rauchern überhaupt sind, bzw. wie effektiv ihre Interventionen sein können.

Gehen die durch das Projekt entstandenen Prozesse weiter und wirken sie über die Zielgruppe hinaus?

Hauptzielgruppe in den medizinischen Projekten des Nationalen Rauchstopp-Programms sind Gesundheitsfachleute. Die Fortbildung ausgewählter Berufsgruppen des medizinischen Personals steht im Vordergrund. Die Befähigung in der Motivierung und Beratung beim Rauchstopp führt zu mehr und effektiveren Interventionen. Dies wiederum erhöht die Chancen eines erfolgreichen Rauchstopps.

Gemäss den US-Guidelines (Fiore et al. 2008)⁷ kann die Abstinenzrate bei einer minimalen ärztlichen Intervention von weniger als drei Minuten von 10 auf 13 Prozent erhöht werden; medizinisch begründete Ratschläge zum Rauchstopp erhöhen die Anzahl der Aufhörversuche im Vergleich zu keiner Beratung sogar um 24%⁸. Schon mit einer ärztlichen Intervention von mehr als zehn Minuten wird eine durchschnittliche Erfolgsrate von 22 Prozent erreicht. Gemäss der mehrfach zitierten Befragung in der Ärzteschaft (Krebs 2011) hat bei den Grundversorgern die persönliche Begleitung von Raucherinnen und Rauchern und die Überweisung an eine spezielle Entwöhnungsberatung zum Rauchstopp seit der ersten Befragung im Jahre 2002 an Bedeutung gewonnen. Dazu kommt, dass jene Ärztinnen und Ärzte, die Projekt-Kurse besucht hatten, ihre Patientinnen und Patienten bei der Tabakentwöhnung markant häufiger, nämlich zu 90 Prozent, unterstützen.

Die Ansprache der Raucherinnen und Raucher im Hinblick auf den Rauchstopp hat in den letzten Jahren in der zahnmedizinischen Praxis spürbar zugenommen. Es ist nicht nur eine Zunahme des Erfassens des

⁶ Im Projekt „Frei von Tabak“ mit Hauptzielgruppe Aertzteschaft der Grundversorger wird in der neuen Programmphase Mitte 2014 bis Ende 2017 hier der Schwerpunkt gelegt.

⁷ Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al., Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

⁸ Aveyard P., Begh R., Parsons A. & West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and metaanalysis to compare advice to quit and offer of assistance, in: Addiction 2012

Rauchstatus zu verzeichnen, sondern Patientinnen und Patienten wurden auch vermehrt danach befragt, ob sie Beratung bzw. Hilfe in Anspruch nehmen möchten (2012 40% vs. 2002 nur 17% (Krebs 2012)). Die Zunahme niederschwelliger Kurzinterventionen zeigte sich auch in den Daten des Tabakmonitorings (Krebs 2010).

Gesundheitsfachpersonen, die Fortbildungskurse im Rahmen des Projekts Rauchstopp-Beratung bei Diabetes- und Herz-Kreislaufkranken besucht haben, schätzten ihre Selbstwirksamkeit (die Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen kann) höher ein als jene, die keinen Kurs besucht hatten. Dies dürfte dazu beitragen, mehr erfolgreiche Rauchstopps zu bewirken.

Die Gesundheitsfachpersonen, denen die im Rahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms angebotenen Projekte bekannt sind, äusserten sich in den Befragungen (Referenzen siehe Abschnitte Wirkungsnachweis Kapitel 2) positiv zu den Angeboten der Projekte.

Nachhaltigkeit in den Projekten, die sich an die rauchende Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen richten

Beide bevölkerungsbezogene Projekte zeichnen sich durch hohe Quitrates aus. Ebenfalls spielt in beiden Projekten die Verbreitung in entsprechenden Settings zur Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine wichtige Rolle, was dazu führt, dass weitere Personen mit der Problematik konfrontiert und sensibilisiert werden. Im Projekt für die türkischsprachige Migrationsbevölkerung hatten die Interventionen zusätzlich zur Folge, dass Vereinsräumlichkeiten rauchfrei wurden.

Möglichkeiten der Multiplikation der Projekte im medizinischen Setting

Wie bereits erwähnt, liessen sich die Vorgehensweisen in den Projekten im medizinischen Setting ebenfalls in anderen Berufsgruppen des medizinischen Personals umsetzen. Angesichts der limitierten finanziellen Mittel, die zur Verfügung stehen, schlagen wir das im Moment nicht vor.

Konkret geprüft wurde die Multiplikation des Projekts für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei auf die albanisch sprechende Migrationsbevölkerung. Diese wurde als sinnvoll erachtet und ins Programm aufgenommen. Wegen Beitragskürzungen des TPF an die Programmphase Mitte 2014 bis Ende 2017 wird es bei der Lancierung dieses Projekts allerdings zu Verzögerungen kommen.

Nutzbarmachung der Programmerfahrungen

Die Ergebnisse der Projekte wurden regelmässig über das Programmbulletin, das vier Mal pro Jahr erscheint und an über 4000 Personen verschickt wird, kommuniziert. An der 2. Nationalen Tabakpräventionskonferenz im November 2011 sowie an jeder AT-Tagung, die jährlich einmal im November stattfindet, waren das Gesamtprogramm oder Teile davon Gegenstand der Diskussion. Informiert wurde jeweils auch an den AT-Foren sowie an internen Anlässen der Trägerorganisationen. Dreimal (2014, 2012, 2010) wurde anlässlich der Nikotintagungen an der Klinik Barmelweid über das Programm informiert. Im Rahmen des Stakeholderprozesses im Jahre 2011 zur Bestimmung der Schwerpunkte in der Behandlung der Tabak- und Nikotinabhängigkeit für die kommenden Jahre bot sich ebenfalls die Gelegenheit, ausführlich über die Programmerfahrungen- und ergebnisse zu berichten.

Des Weiteren wurde an internationalen Kongressen (Europäische Konferenz Tabak und Gesundheit 2011 in Amsterdam) und Veranstaltungen der SRNT (Society for Nicotin and Tobacco Research) referiert und/oder Posters präsentiert. Zudem erschienen Artikel zu einzelnen Projekten des Programms in Zeitschriften (z.B. Suchtmagazin).

4 Chancengleichheit

Haben Sie spezifische Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit unternommen (Gender, soziale Schicht und ethnische Zugehörigkeit)? Ja / Nein?

Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Wenn nein, hätten dank solcher Massnahmen Ihrer Meinung nach bessere Ergebnisse erzielt werden können?

Alle Massnahmen, die im Rahmen des Nationalen Rauchstopp-Programms getroffen werden, zielen darauf ab, den Zugang zur Unterstützung beim Rauchstopp für alle zu erleichtern. Davon profitieren insbesondere auch sozioökonomisch schlechter gestellte Bevölkerungsschichten (Bildung, berufliche Stellung, Einkommen, Vermögen). Patientinnen und Patienten, die dank den Bemühungen des Nationalen Rauchstopp-Programms in einer Arztpraxis oder dem Spital von einer Tabakentwöhnung profitieren können, erhalten

diese fast unentgeltlich. Die Beratung zur richtigen Einnahme von medikamentösen Rauchstopphilfen in der Apotheke müssen die Raucherinnen und Raucher bspw. nicht zusätzlich bezahlen. Die telefonische Rauchstoppberatung (Rauchstopplinie), die einen einfachen Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Beratungsangebot in acht Sprachen erlaubt, wird in allen Projekten des Nationalen Rauchstopp-Programms beworben.

Die Chancengleichheit ist allerdings nicht nur eine Frage der Kosten. Es ist möglich, dass Angebote bestehen, die fast gratis in Anspruch genommen werden könnten, bestimmte Bevölkerungsgruppen aber trotzdem keinen Zugang dazu finden. Mit dem Nationalen Rauchstopp-Programm wurde im Projekt „Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei“ gezielt eine Bevölkerungsgruppe, die einen hohen Anteil vulnerabler Personen und einen grossen Anteil Tabakkonsumentinnen und –konsumente ausweist, gezielt angesprochen. In diesem Zusammenhang wurden auch für die Schweiz neue Formen des Zugangs zu Zielgruppen gemäss aufsuchendem beziehungsgeleitetem Ansatz erfolgreich erprobt.

Dem Genderaspekt wird ebenfalls in allen Projekten Rechnung getragen: Die bevölkerungsorientierten Projekte des Nationalen Rauchstopp-Programms sind so ausgerichtet, dass sie sowohl Frauen wie auch Männer ansprechen. Gewisse Informationen haben für das eine Geschlecht einen höheren Stellenwert als für das andere, z.B. in der Motivation zum Rauchstopp.

Auch in den Schulungsangeboten für die Gesundheitsfachleute wird dem Genderaspekt Bedeutung geschenkt. Dies ganz besonders im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

5 Weitere Punkte

Keine