



Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme

(bitte nicht handschriftlich ausfüllen)

Projektname	Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz	
Projektstart	1. Oktober 2006	
Projektende	30. November 2008	
Beitragsempfängerin / Beitragsempfänger	Name Strasse / Nr. PLZ / Ort	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF Konradstr.3/Postfach 8031 Zürich
Kontaktperson	Dr. phil. Corina Salis Gross	
Verfügungsnummer	06.002836_a	
Verfügungssumme	230'648.-CHF	

Ort / Datum

Zürich, 9.3.09

Unterschrift

Corina Salis Gross

INHALTSVERZEICHNIS

1	Zusammenfassung des Schlussberichts	2
2	Kurzer Projektbeschrieb	3
3	Geplante Ziele	3
4	Erreichte Ziele	4
5	Leistungsergebnisse (Output).....	5
6	Erreichte Wirkungen (Impact).....	5
7	Projektrückblick und Erfahrungen	6
8	Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)	7
9	Chancengleichheit.....	8
10	Auf den Punkt gebracht	8
11	Empfehlungen.....	8
12	Weitere Punkte.....	9

1 Zusammenfassung des Schlussberichts

Stellen Sie kurz den Projektverlauf, wichtigste Erkenntnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen dar.
Max. 1 Seite

Projektverlauf:

Der Projektverlauf konnte mit kleineren Modifikationen gemäss dem Proposal durchgeführt werden. In einem ersten Schritt wurde in Zusammenarbeit mit der Krebsliga Zürich sowie unter Einschluss von FachexpertInnen und RaucherInnen aus der Zielgruppe ein Therapiekonzept entwickelt, sowie zwei Rauchstopp-BeraterInnen geschult. Die Rekrutierungsphase für die Gruppen-/und Einzeltherapien erwies sich als zeit- aufwändiger als vorgesehen, da reine Informationsstreuung kaum Wirkung zeigte im Vergleich zu aufsuchenden und beziehungsgeleiteten Informations- und Rekrutierungsstrategien. Die Durchführung von Kursen erfolgte fortlaufend genau über ein Jahr und konnte gemäss dem Konzept des erarbeiteten türkischsprachigen und spezifisch auf die Zielgruppe ausgerichteten Manuals (wiederum mit kleineren Modifikationen) in den *settings* von Vereinen und Gruppierungen durchgeführt werden. Einzeltherapien waren kaum gefragt. Zum Schluss erfolgten die Auswertungen im Hinblick auf die Wirksamkeit und Akzeptanz der Kurse sowie Konzeptarbeiten für die Klärung der Frage nach dem Multiplikationspotential für andere Gruppen mit hohen Prävalenzen aus der Migrationsbevölkerung der Schweiz. Disseminationsaktivitäten zu den wichtigsten Ergebnissen wurden laufend in Form von Referaten und Publikationen vorgenommen.

Wichtigste Erkenntnisse:

1) *Zugang und Rekrutierung*: Als wichtig erwiesen haben sich die partizipative Entwicklung von Informationsmaterial und dessen beziehungsgeleitete Distribution, die persönliche (inklusive) informelle aufsuchende Arbeit zur Informationsvermittlung und Rekrutierung durch den türkischsprachigen Rauchstoppleiter selber sowie durch betroffene Schlüsselpersonen, die breite Abstützung in verschiedenen Zielfeldern (offizielle türkische Stellen, *communities*), und das Offerieren eines Gratisangebotes in den *settings* der Vereine und Gruppierungen selber. Der zeitliche Aufwand der aufsuchenden Arbeit wurde unterschätzt. Die reine Informationsvermittlung sowie Rekrutierungsstrategien innerhalb der (deutsch- und türkischsprachigen) Regelversorgung waren kaum effektiv.

2) *Durchführung der Kurse, Akzeptanz*: Die Verkehrssprache Türkisch und die Durchführung im Rahmen von engen Beziehungsgeflechten (*strong ties, peer groups*) waren zentrale Elemente für die Akzeptanz und *compliance* in den Kursen. Das zielgruppenspezifische Kursmanual ist als Rahmen zu verstehen, und ist laufend den Bedürfnissen der Teilnehmenden anzupassen. Kurse sind didaktisch wie auch durch unterstützende Rahmenbedingungen (wie z.B. Gratisangebot) darauf auszurichten, dass erworbene Bildungs- und Erziehungsstile u.U. gezielt gebrochen und durch das Einüben von selbstverantwortlichem Lernen ersetzt werden. Dies im Sinne einer Förderung der interaktiven *health literacy*, welche für eine abstinenzorientierte Suchttherapie zentral ist.

3) *Wirksamkeit*: 55.7% der Teilnehmenden waren bei Kursende (gemäss CO-Messungen) rauchfrei. Im Hinblick auf die nachhaltige Wirkung ist wichtiger als der Rauchstopp, ob die Abstinenz aufrechterhalten werden kann (*identity building*) oder ob die ehemaligen Rauchenden wieder rückfällig werden. Diesbezüglich konnte das Projekt sehenswerte Erfolge verzeichnen. Ein halbes Jahr nach dem Rauchstopp waren immer noch 39.3% rauchfrei, was 82.8% der NichtraucherInnen entspricht. 12 Monate nach dem jeweiligen Rauchstopp beträgt die Erfolgsquote unter optimistischen Annahmen (alle 5 noch nicht befragten Personen bleiben rauchfrei) 39.3%, und unter pessimistischen (alle 5 noch nicht befragten Personen werden rückfällig) 31.2%. Die funktionelle und die interaktive *health literacy* der Teilnehmenden konnte zudem durch die Kurse klar verbessert werden. Da die Mehrheit der Teilnehmenden eine hohe Vulnerabilität und einen hohen Tabakkonsum aufwies, kann davon ausgegangen werden, dass sich auch bei solchen Gruppen Interventionen als wirksam erweisen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen:

Die Machbarkeit für die türkischsprachigen Kurse hat sich durch den vorliegenden Pilot gezeigt. Sie können nun bei Interesse in die Regelversorgung übernommen werden. Die Multiplikation auf andere Gruppen aus der Migrationsbevölkerung, welche hohe Prävalenzen aufweisen, ist grundsätzlich möglich, die Kosten-Nutzenfrage dabei ist noch genauer zu klären.

2 Kurzer Projektbeschreibung

(Der Projektbeschreibung ermöglicht es, den Bericht auch ohne Projektkenntnisse zu verstehen)

Ausgangslage:

Der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz lag Ende 2005 bei 20,3%. Der Bund konzentriert sich in seiner Strategie „Migration und Gesundheit“ im Bereich der Prävention vor allem auf die Verbesserung der transkulturellen Kompetenz der Regelversorgung sowie auf bevölkerungsbasierte Interventionen (auch in den *communities*) um die Chancengleichheit im Gesundheitswesen zu verbessern. Vorgesehen sind unterdessen auch entsprechende Aktivitäten im Feld der (Tabak)-Prävention. Unser Projekt setzte komplementär dazu beim Ausstieg an, d.h. konkret bei der Therapie zum Rauchstopp einzelner Personen (in Form von Gruppentherapie und Einzelberatung) aus einer stark belasteten MigrantInnengruppe an (türkeistämmige Personen in der Schweiz). Im Bereich der Rauchstopp-Therapie sind bisher weder von den Kantonen noch von anderen wichtigen Akteuren in der Schweiz Angebote vorhanden, welche spezifisch auf die MigrantInnen ausgerichtet sind.

Zielsetzung:

Das Projekt sah vor, explorativ ein Therapiekonzept zu entwickeln, das die Kontextualität des Rauchens und der Optionen zum RaucherInnenausstieg im Migrationskontext berücksichtigt (strukturelle Faktoren wie sozioökonomische Lage, soziale Organisation, Einschluss/Ausschluss-Mechanismen und soziokulturelle Faktoren wie spezifische Interaktionsformen, symbolische Referenzsysteme und Aesthetik). Dieses Konzept sollte in enger Zusammenarbeit mit der unmittelbaren Zielgruppe (RaucherInnen), einem Anbieter der Regelversorgung (Krebsliga Zürich) und Fachexperten ausgearbeitet, angewandt und analysiert werden. Die Ergebnisse sollten als Grundlage für eine Machbarkeitsanalyse für die Multiplikation auf andere stark vom Rauchen belastete MigrantInnengruppen in der Schweiz dienen.

Methodik:

Mittels einer Recherche und qualitativen Methoden (Experteninterviews, Leitfadeninterviews, teilnehmende Beobachtung in einem Rauchstopp-Kurs der Krebsliga Zürich) wurden die wichtigsten Elemente einer adäquaten Therapie im Migrationskontext ermittelt. Das Therapiekonzept wurde anschliessend in Form eines Manuals entwickelt und in 6 Gruppen à 6 bis 12 Personen und in 5 Einzeltherapien angewandt sowie mittels einer Prä-/Post-Befragung auf Wirksamkeit geprüft. Qualitative Interviews mit Teilnehmenden und mit dem Rauchstopp-Leiter dienten der Kontextualisierung der Beratung und gaben Einblick in Erfahrungen mit dem Konzept. Die Erhebung und Auswertung der Daten erfolgte gemäss den Prinzipien der Grounded Theory: Datenerhebung und Auswertung erfolgten iterativ und es wurden so lange Erhebungen und Auswertungen durchgeführt, bis sich ein adäquater Sättigungsgrad einstellt.

Bedeutung des Projektes:

Die Herausforderungen bei der Etablierung von effektiven Interventionsinstrumenten in der Verhaltenstherapie sind komplex und es bestehen national wie international entsprechend kaum evaluierte Erfahrungen von Therapieangeboten zum Rauchstopp im Migrationsbereich. Das Projekt liefert differenziertes Wissen und konkrete praktische Erfahrungen, die für den Schweizerischen Kontext wie auch international genutzt werden können.

3 Geplante Ziele

Stellen Sie das strategische Ziel (gemäss der Nationalen Strategie zur Tabakprävention) des Projekts dar, zu dessen Erreichung Sie mit dem Projekt beitragen wollten.

Stellen Sie die projektspezifischen Ziele gemäss Ihrem Finanzierungsgesuch dar.

In unserem Projekt konzentrieren wir uns vornehmlich auf das 2. und das 9. strategische Ziel der Nationalen Strategie zur Tabakprävention. Ersteres betrifft die Erhöhung des Wissens über die Schädlichkeit des Tabakkonsums und die Steigerung der Akzeptanz der Tabakprävention in der Bevölkerung und der Politik. Mit der Verbesserung der *health literacy* der türkischsprachigen Migrantinnen und Migranten die spezifisch auf die Folgen des Tabakkonsums ausgerichtet ist, verfolgen wir hinsichtlich des 2. Strategischen Ziels hauptsächlich das Teilziel der Wissenserhöhung. So werden in den Kursen gezielte Wissensinhalte auf zielgruppenorientierte Weise vermittelt und dadurch die Motivation, aber auch die Erfolgsaussichten auf einen Rauchstopp bei den Teilnehmenden massgeblich erhöht.

Das 9. Strategische Ziel der nationalen Strategie zur Tabakprävention bildet indessen den Kernpunkt unserer Zielsetzung. Die rekrutierten türkischsprachigen Migrantinnen und Migranten werden mit spezifisch auf diese Bevölkerungsgruppe ausgerichteten Rauchstoppkursen des ISGF aktiv und sehr gezielt in ihrem

Bestreben unterstützt, nicht lediglich einen (weiteren) Rauchstoppversuch durchzuführen, sondern vielmehr die eigene Identität so zu verändern, dass diejenige eines „Nichtrauchers“ bzw. einer „Nichtraucherin“ daraus entsteht und somit eine langfristige Abstinenz – im Sinne einer abstinenzorientierten Suchttherapie – erreicht werden kann.

Die konkreten Zielsetzungen des Projektes betreffen die folgenden Ebenen:

1. Ebene Exploration: Ein Therapiekonzept zum Rauchstopp von türkeistämmigen RaucherInnen liegt vor. Dieses ist in Zusammenarbeit mit der betroffenen Zielgruppe sowie mit wichtigen Akteuren in der Verhaltensprävention erarbeitet worden.
2. Ebene türkeistämmige RaucherInnen: Türkeistämmige RaucherInnen sprechen auf die Therapie an und akzeptieren diese als sinnvolle und wirksame Intervention zum Rauchstopp. Ein Rückgang des Anteils an RaucherInnen ist vorhanden, auch wenn dieser ggf. erst in einer weiteren Studie zufallskritisch abgesichert werden kann.
3. Ebene Anbieter und Fachexperten: Die Intervention wird im nationalen und internationalen Kontext von Anbietern und Fachexperten als sinnvolles Instrument bewertet.
4. Ebene Machbarkeit und Multiplikation: Die Ergebnisse können als Grundlage für eine Machbarkeitsanalyse im Hinblick auf eine Multiplikation bei anderen stark vom Rauchen belasteten MigrantInnengruppen in der Schweiz hinzugezogen werden.

4 Erreichte Ziele

Führen Sie einen Soll-Ist -Vergleich der projektspezifischen Ziele durch.

(Falls die Ziele nicht oder nur teilweise erreicht wurden, dann erläutern Sie die Gründe dazu unter Pt. 7)

1. Ebene Exploration: Das Therapiekonzept liegt in Form eines Manuals vor (vgl. Bericht zum Meilenstein 1). Es ist zusammen mit VertreterInnen der betroffenen Zielgruppe, und mit ExpertInnen der Rauchstopp-Prävention erarbeitet worden (vgl. Bericht zum Meilenstein 1). Darin verarbeitet wurden auch die Erfahrungen der Teilnehmenden und des Rauchstopp-Therapeuten, welcher die Kurse durchgeführt hatte (vgl. Schnoz, Salis Gross et al. 2008).
2. Ebene türkeistämmige RaucherInnen: Die türkeistämmigen RaucherInnen haben sehr gut auf die Therapie angesprochen und akzeptieren diese sowohl in den schriftlichen Fragebogen als auch in qualitativen Interviews als sinnvoll und wirksam (vgl. Schnoz, Schaub et al. 2008). Die Fragebogen und Interviews sind zwar als Aussagen zu werten, welche eher positiv gefärbt sein dürften, wie aufgrund von generellen Erfahrungswerten bei internen Überprüfungen auch hier anzunehmen ist. Die grosse Nachfrage nach weiteren Kursen ist jedoch ein weiteres Indiz für uns, dass die Therapie eine gute Akzeptanz in den *communities* aufweist (vgl. Schnoz, Salis Gross et al., 2008). Ein Rückgang des Anteils an RaucherInnen ist vorhanden. Er ist im Vergleich zu ähnlichen Kursen unseres Partners aus der Regelversorgung (Krebsliga Zürich) etwas höher angesiedelt (vgl. Schnoz, Schaub et al. 2008): 55.7% der türkischsprachigen Teilnehmenden waren bei Kursende (gemäss CO-Messungen) rauchfrei. Im Vergleich dazu erzielten die Kurse der Krebsliga im besten Fall 62% (gemäss Selbstdeklaration und gemessen an den Personen, die einen Fragebogen ausfüllten) und im pessimistischsten Fall 33% (geht man davon aus, dass alle, die den Fragebogen nicht ausfüllten noch Rauchende sind). Im Hinblick auf die nachhaltige Wirkung ist wichtiger als der Rauchstopp, ob die Abstinenz aufrechterhalten werden kann (*identity building*) oder ob die ehemaligen Rauchenden wieder rückfällig werden. Diesbezüglich konnte das für türkischsprachige MigrantInnen entwickelte Programm sehenswerte Erfolge verzeichnen. Ein halbes Jahr nach dem Rauchstopp waren immer noch 39.3% rauchfrei, was 82.8% der NichtraucherInnen entspricht. Nach 12 Monaten (zum Zeitpunkt des letzten Follow-up hatten 5 der NichtraucherInnen die 12-Monatsmarke nach dem Rauchstopp noch nicht erreicht) beträgt die Erfolgsquote unter optimistischen Annahmen (alle bleiben rauchfrei) 39.3%, und unter pessimistischen (alle die noch nicht 12 Monate lang rauchfrei waren, werden rückfällig) 31.2%. Zum Vergleich: Die Kurse der Krebsliga Zürich verzeichnen unter optimistischen Annahmen eine Abstinenzrate von 30% nach einem Jahr und entsprechenden 16% unter pessimistischen Voraussetzungen.
3. Ebene Anbieter und Fachexperten: Das Manual sowie die Erfahrungen und Ergebnisse mit der Intervention wurden mit Experten diskutiert und als sinnvoll beurteilt (vgl. Bericht zum Meilenstein 1) sowie national und international (auch in der Türkei) an Kongressen zur Diskussion gestellt. Eine wissenschaftliche Publikation ist in Vorbereitung. Es gibt bereits potentielle Anbieter der Regelver-

sorgung, welche Interesse an der Implementierung zumindest an der türkischen Variante des Rauchstopp-Programmes zeigen.

4. Ebene Machbarkeit und Multiplikation: Die Ergebnisse können als Grundlage für eine Machbarkeitsanalyse im Hinblick auf die Multiplikation auf andere Gruppen verwendet werden. Barrieren zur Umsetzung könnte jedoch in einigen Punkten vorliegen: So in der Frage, ob sich ein Gratis-Angebot für vulnerable Gruppe durchsetzen lässt (hier scheinen von Anbietern der Regelversorgung die grössten Barrieren zu liegen). Weiter ist ersichtlich geworden, dass für jede weitere Gruppe Adaptationen des Manuals (Sprache, visuelle Materialien, Symbolik, Aesthetik etc.) notwendig sind, auch wenn die Struktur und die Rauchstopp-spezifischen Inhalte übernommen werden können. Des Weiteren müssten KursleiterInnen aus der jeweiligen Herkunfts- und Sprachgruppe geschult werden. Das Aufgleisen eines weiterführenden Projektes zur Kosten-Effektivität von migrationsspezifischen Rauchstopp-Therapie Angeboten ist aufgrund der Wirkung und Akzeptanz möglich (vgl. Salis Gross & Schnoz, 2009).

5 Leistungsergebnisse (Output)

Bitte nennen Sie die erbrachten Leistungen (z.B. Manual, Broschüre, Schulungsunterlagen u.ä.)

Wurden alle geplanten Leistungen erbracht?

(Falls die Leistungen nur teilweise erbracht wurden, dann erläutern Sie die Gründe dazu unter Pt. 7)

Es wurden alle Leistungen erbracht:

- Therapiekonzept in Form eines Manuals liegt vor (vgl. Bericht zum Meilenstein 1). Dieses kann mit leichten Adaptationen (Sprache, visuelle Materialien, Symbolik, Aesthetik) auf andere Gruppen multipliziert werden.
- Ein schriftlicher Schlussbericht inkl. Teilberichte (Schnoz, Salis Gross et al. 2008; Schnoz, Schaub et al. 2008) liegen vor.
- Die Dissemination der wichtigsten Ergebnisse erfolgte laufend an Kongressen und Fachtagungen und die Schlussergebnisse sind in einem Kurzbericht/Blueprint zur nationalen und internationalen Verteilung an die betroffenen Fachkreise und Akteure festgehalten (vgl. Beilage Valorisierung). Dieses wird auch auf die verschiedenen *websites* zu Platziern versucht (AT, Krebsliga, Lungenliga etc.)
- Publikationen in Fachzeitschriften: In Vorbereitung ist ein wissenschaftlicher Artikel in einem *peer reviewed Journal* (vgl. Beilage Valorisierung).
- Referate zum Konzept und zu den wichtigsten Ergebnissen an Fachtagungen und an wissenschaftlichen Kongressen wurden bereits während des Projektverlaufes gehalten, so dass eine iterative Triangulierung möglich war. Es sind weitere Referate geplant. (vgl. Beilage Valorisierung)
- Ein Konzept für eine Machbarkeitsanalyse zur Multiplikation liegt in Form eines Grobkonzeptes vor (vgl. Beilage). Ein differenziertes Konzept für ein Multiplikations-Projekt insbesondere zur Kosten-Effektivität von migrationsspezifischen Rauchstopp-Projekten ist aufwändig und kann in Form einer neuen Eingabe erstellt werden.

6 Erreichte Wirkungen (Impact)

(Diese Angaben stellen eine qualitative und subjektive Sichtweise der Projektleitenden dar..)

Wurde eine externe Wirkungsevaluation durchgeführt? Ja (bitte Bericht beilegen) / Nein

Wenn nein:

Welche Wirkungen haben Sie mit Ihrem Projekt erreicht? Worauf stützen sich Ihre Aussagen?

Es wurde eine Wirkungsevaluation (Prüfung der Wirksamkeit und Akzeptanz) durch das ISGF selber durchgeführt (Schnoz, Schaub et al. 2008). Im Bericht zur Durchführung der Therapien sind weitere qualitative Wirkungselemente festgehalten (Schnoz, Salis Gross et al. 2008).

Ergebnisse dieser Auswertungen zu Wirksamkeit und Akzeptanz:

Die entwickelte Rauchstopptherapie für türkeistämmige MigrantInnen war erfolgreich im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Akzeptanz. Die Erreichbarkeit von schwer zugänglichen Gruppen wurde gewährleistet und somit die Chancengleichheit im Zugang zu Rauchstoppinterventionen für türkeistämmige MigrantInnen verbessert - ausserdem erzielte der Kurs eine sehr hohe Akzeptanz in der Zielbevölkerung. Die qualitativen Fallstudien zeigten, dass die migrationssensitive Ausrichtung der Kurse von der Zielpopulation sehr geschätzt wurde und den Zugang zum Angebot wesentlich erleichtert hatte. Das zielgruppenspezifische Angebot eines Rauchstopp-Kurses für türkeistämmige MigrantInnen (in türkischer Sprache und im soziokulturellen Kontext der *communities*) war offenbar eine grosse Motivation gewesen teilzunehmen und in den Interventionen zu bleiben. Für fast alle Teilnehmenden wäre eine Teilnahme in deutschsprachigen Kursen undenkbar gewesen, weil sie v.a. die Sprachbarriere fürchteten. Zusätzlich wurde der spezifische soziokulturelle Rahmen und das eigene *setting* der Vereine und Gruppierungen sehr geschätzt, da diese das Vertrauen förderten und den Teilnehmenden den Rekurs auf Unterstützungskanäle von engen Beziehungen ermöglichte, die in ihrem konkreten Umfeld spielen.

Durch die Informationsvermittlung innerhalb der Kurse wurde auch eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz (*health literacy*) erreicht, die speziell im Hinblick auf die Rauchstoppversuche eine grosse Unterstützung darstellte. Beispielsweise hinsichtlich der korrekten Anwendung von Nikotinsubstituten wurde ein beträchtlicher Wissensmangel bei den ProbandInnen festgestellt, der durch die spezifische Verbesserung der funktionellen *health literacy* behoben werden konnte. Die wesentliche Verbesserung der Chancen auf einen erfolgreichen Rauchstopp durch die Verwendung von Nikotinsubstituten konnte an Hand einer Cox-Regressionsanalyse belegt werden (vgl. Schnoz, Schaub et al. 2008). Die interaktive *health literacy* der Teilnehmenden wurde ebenfalls klar verbessert. Dies wurde insbesondere durch das Einüben eines entsprechenden Bildungsstils im Rahmen der Kurse erreicht, sowie durch den Umstand, dass die Kurse gratis angeboten wurden (vgl. Schnoz, Salis Gross et al. 2008). Die hohe Abstinenzrate ein Jahr nach dem im Kurs erfolgten Rauchstopp (vgl. unten) führen wir im Wesentlichen auf diese im Kurs erlernte Übernahme von Selbstverantwortung zurück. Die Identitätsbildung als NichtraucherInnen hat dadurch sehr gut gegriffen.

Bei der Mehrheit der Kursteilnehmenden muss von einer psychosozialen Belastung durch Gefängnis, Folter, Verfolgung, Invalidität, Arbeitslosigkeit u.a. ausgegangen werden, was die Erreichbarkeit der meisten zusätzlich erschwerte und die Prognose für einen erfolgreichen Rauchstopp zuerst stark in Grenzen hielt. Zusätzlich war die Mehrheit der ProbandInnen starke RaucherInnen (durchschnittlich rund 24 Zigaretten pro Tag) und hatte meist (rund 75%) bereits mindestens einen erfolglosen Rauchstoppversuch hinter sich. Umso erfreulicher war die überraschend hohe Rate an NichtraucherInnen (gemäss CO-Messungen) bei Kursende von 55.7%. Rund 4 Monate nach Kursbeginn waren (gemäss Eigenangaben) 50% der Männer und 44.4% der Frauen NichtraucherInnen. Ein halbes Jahr nach dem Rauchstopp waren immer noch 39.3% aller TeilnehmerInnen rauchfrei und beim letzten Follow-up waren 31.2% aller ProbandInnen mindestens 12 Monate lang rauchfrei geblieben. Entgegen den Bedenken, dass die meisten NichtraucherInnen – innerhalb eines Jahres - wieder rückfällig werden könnten, erzielte die Nachbefragung im März 2009 somit ein überraschend positives Ergebnis. Bei denjenigen ProbandInnen, die nicht mit dem Rauchen aufgehört haben, konnte zumindest eine wesentliche Reduktion der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten verzeichnet werden: So reduzierten bis zum Follow-up nach 6 Monaten rund 58.3% der Noch-Rauchenden ihren Konsum um durchschnittlich 8 Zigaretten pro Tag.

7 Projektrückblick und Erfahrungen

Bitte beantworten Sie alle Fragen:

1) *Wie erklären Sie sich die tatsächliche Zielerreichung und die Leistungsergebnisse?*

Im Projekt wurde bereits in der Vorphase ein stark partizipatives Vorgehen gewählt, so dass insbesondere die Zielgruppe der betroffenen RaucherInnen und die Schlüsselpersonen von Anfang an eingebunden waren. Zusammen mit einer stark beziehungsgeleiteten Informations- und Rekrutierungsstrategie führte dies zu einer guten Akzeptanz in den *communities*. Die gute *compliance* in den Kursen hängt wohl damit zusammen, dass das Angebot in den *settings* der Vereine und Gruppierungen durchgeführt wurde und die Gruppenzusammensetzung oft durch *strong ties* charakterisiert war. Die Rauchstoppquoten erklären sich z.T. ebenfalls aus dieser Gruppenzusammensetzung (soziale Kontrolle) sowie durch den Umstand, dass durch das Angebot tatsächlich die funktionelle und insbesondere die interaktive Gesundheitskompetenz erheblich gestärkt wurden.

Die Akzeptanz in der nationalen und internationalen Fachwelt dürfte v.a. durch die erreichten kurzfristigen und insbesondere längerfristigen Rauchstoppquoten bedingt sein. In unserem Projekt werden zudem alle Teilnehmenden nach einem Jahr mündlich zum Stand des Rauchstopps befragt, so dass eine klare Aussage betreffend der Rauchstoppquote ersichtlich wird (das letzte Follow-up steht noch aus; die aktuellen Rauchstoppquoten werden laufend auf der homepage www.isgf.uzh.ch publiziert).

Als Grundlage für die Machbarkeit und Multiplikation auf andere Gruppen aus der Migrationsbevölkerung macht das Projekt wichtige Aussagen, es ist jedoch insbesondere die Kosten-Effektivität genauer zu prüfen, da sich für jede Sprach- und Herkunftsgruppe spezifische Adaptationen sowohl im Manual wie auch im aufsuchenden Zugang zu den Gruppen und in der Durchführung der Kurse ergeben. Das Projekt erfüllt hier die Funktion eines prinzipiellen Rahmens, der je nach Zielgruppe adaptiert werden kann. Als Modell ist es übertragbar. Dies sollte im Fall der Gruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Gruppe mit den zweithöchsten Prävalenzen) relativ leicht möglich sein.

2) *Welche Massnahmen zur Zielerreichung haben sich bewährt, welche nicht? Welches waren förderliche und hinderliche Faktoren (Erfolgs- resp. Misserfolgskriterien)?*

Die im Proposal aufgeführten Massnahmen zur Zielerreichung haben sich in ihren Inhalten und im Ablauf mit leichten Modifikationen bewährt (vgl. Bericht zum Meilenstein 1 und Schnoz, Salis Gross et al. 2008).

Erfolgsfaktoren waren insbesondere die aufsuchende Arbeit und die beziehungsgeleitete Information und Rekrutierung. Die Sprache und die soziokulturelle Adaptation der Kurse sind ebenfalls als zentrale Erfolgsfaktoren zu werten, wie auch die Tatsache, dass die Kurse gratis angeboten werden konnten. Dies im Hinblick auf die Stärkung der interaktiven Gesundheitskompetenz, welche in dieser Gruppe klar an diesen Faktor gebunden ist (vgl. Schnoz, Salis Gross et al. 2008).

Misserfolgskriterien: Der grösste Erfolgsfaktor ist zugleich auch ein Misserfolgskriterium: Wir mussten stärker personengebunden und beziehungsgeleitet arbeiten als geplant, da sich die Vertrauensbeziehung zum Rauchstoppleiter als ein zentrales Kriterium für den Zugang zu den Vereinen und Gruppierungen erwies. Das bedeutete, dass der Rauchstoppleiter persönlich Kontakt aufnehmen musste und dies von ihm ein grosses zeitliches Engagement erforderte. Mit weniger zeitintensiven Einsätzen unserer weiblichen Rauchstoppleiterinnen konnten keine Gruppen rekrutiert werden. Das heisst, dass bei dieser beziehungsnahe Projektarbeit immer auch Personenabhängigkeit besteht. Die Projekte stehen und fallen mit Personen und sind weniger nachhaltig, falls nicht durch Sicherungsstrategien nachfolgende Personen mit analogen Kompetenzen rekrutiert werden können. Ein weiterer Misserfolgskriterium ist indirekt ablesbar: Reine Information, die schriftlich oder unpersönlich abgegeben wird, führte in unserem Projekt zu keinem Rekrutierungserfolg. Die beziehungsgeleitete Information und die direkte Einbindung von Schlüsselpersonen sowie die direkte Präsenz des Rauchstoppleiters in den *settings* der Zielgruppe zeigten hingegen den grössten Erfolg. (vgl. Schnoz, Salis Gross et al. 2008)

3) *Wie schätzen Sie den Aufwand und die Kosten im Vergleich zum Nutzen ein?*

Genauere Angaben sind in einer speziellen Analyse zu leisten, die Gegenstand eines nächsten Projektes sein kann. Der Aufwand für die Rekrutierung und die Kurse selber beläuft sich im Wesentlichen auf die Stellenprozente der Rauchstoppleiter, deren Ausbildung und Begleitung etc. Die höchsten Kosten laufen im Bereich der Wirksamkeitsanalyse und Evaluation an. Der Nutzen des Projektes dürfte weit grösser sein, da sich erhebliche Transferpotentiale für den generellen Bereich der transkulturellen Prävention, Gesundheitsförderung und Suchttherapie ergeben haben, wie auch das Interesse der Fachwelt an grundsätzlichen Elementen des Projektes sowie am Modell des Rauchstoppkurses zeigt.

4) *Welche allgemeinen Erfahrungen haben Sie mit dem Projekt gemacht?*

Das Projekt hat erhebliches Multiplikations- und Transferpotential im Hinblick auf migrationsspezifische Projekte und auf die transkulturelle Öffnung der Regelversorgung in den Bereichen Suchttherapie, Prävention und Gesundheitsförderung.

5) *Weitere Aspekte?*

Keine

8 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?

Die Nachhaltigkeit auf Strukturebene kann gegeben sein, falls sich ein Anbieter der Regelversorgung dazu entschliesst, das Projekt in sein Programm aufzunehmen. Gespräche sind im Gange und Bestandteil einer entsprechenden Machbarkeitsanalyse zur Multiplikation auf andere vom Rauchen stark betroffene Gruppen der Migrationsbevölkerung. Für die türkischsprachige Bevölkerung könnte das Projekt rasch definitiv umgesetzt werden.

Die durch das Projekt entstandenen Prozesse haben v.a. durch die Öffentlichkeitsarbeit insbesondere im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Suchttherapie gut gewirkt, so dass die prinzipiellen Erkenntnisse bereits einer breiten Dissemination zugeführt werden konnten und noch können. Dies hat v.a. auch die

enge Zusammenarbeit unseres Projektes mit dem Projekt „Transkulturelle Tabakprävention“ ermöglicht, sowie die relativ offensive Strategie, Erfahrungen und Ergebnisse unseres Projektes an Kongressen etc. bereits während des Projektverlaufs bekannt zu machen.

Das erarbeitete Know-How wird über Publikationen und Referate zugänglich gemacht, sowie über den Versuch, das Projekt in die Regelversorgung zu integrieren. Ein Valorierungsplan liegt bei (vgl. Beilage).

9 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?

Das Projekt war speziell darauf angelegt, die Chancengleichheit zu fördern. In den Kursen waren schliesslich mehrheitlich vulnerable Personen mit relativ hohem Tabakkonsum involviert, welche trotz dieser schlechten Prognose erstaunliche Rauchstoppquoten zeigten. Aber auch gut situierte Gruppen sprachen gut auf die Kurse an (eine Frauengruppe war mehrheitlich aus besser gestellten Frauen (SES) zusammengesetzt). Unsere Erfahrung ist, dass eine klar beziehungsgeleitete Arbeit, welche die funktionelle und die interaktive Gesundheitskompetenz fördert, auch bei vulnerablen Gruppen erfolgreich sein kann, falls ein Normenwandel innerhalb des Beziehungsnetzes erfolgt (vgl. auch Salis Gross, 2009). Die strukturell schwächste Gruppe von rein informell organisierten Frauen fehlte jedoch in unserem sample. Der Kurs dürfte jedoch auch für diese Gruppe gut umsetzbar sein, da er sowohl *setting*bezogen (z.B. über die privaten „Frauenabende“ oder für Gruppen wie sie z.B. im Projekt „Femmes-Tische“) wie auch personell (Frauen für Frauen) leicht angepasst werden kann.

10 Auf den Punkt gebracht

Welches sind die Stärken und die Schwächen des Projekts?

Die Stärken des Projektes liegen in seinem Modellcharakter für weitere Rauchstopp-Programme, welche zielgruppennah höhere Rauchstoppquoten und eine nachhaltigere Identitätsbildung als NichtraucherInnen erreichen möchten, wie auch in seinem Transferpotential für Projekte und konzeptuelle Überlegungen in der Suchttherapie, der Prävention und Gesundheitsförderung mit Gruppen aus der Migrationsbevölkerung.

Die Schwächen des Projektes liegen in der Krux des Projektes: Die bisherigen Erkenntnisse aus der Netzwerkforschung der Migrationsliteratur wie auch der aktuellen Ergebnisse aus der Langzeitwirkung von Rauchstopp-Programmen in der Allgemeinbevölkerung (Christakis & Fowler 2008) verweisen deutlich auf die Erfolgsfaktoren der Nutzung von sogenannten „*strong ties*“ und von „*peer groups*“ sowie auf den Rekurs auf Vertrauensbeziehungen und Informalität (für eine Zusammenstellung vgl. Salis Gross, 2009). Diese stark beziehungsgeleiteten Faktoren sind für den Zugang, für die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit offenbar zentral, jedoch auch flüchtiger weil stark personenabhängig. Strukturmassnahmen zur Stärkung dieses personenabhängigen Faktors sind deshalb zentral. Die Kosten-Nutzen-Frage ist zudem noch genauer zu klären.

11 Empfehlungen

Welche Empfehlungen geben Sie anderen Akteuren ab, die ein ähnliches Projekt planen?

Die generellen Empfehlungen unsererseits für andere Akteure decken sich mit dem Leitfaden für Projekte und mit den Empfehlungen, welche im Rahmen des Projektes „Transkulturelle Tabakprävention“ aufgeführt ist. Dieser Bericht wurde in enger Zusammenarbeit unseres Projektes mit diesem Projekt erstellt. (Vgl. Pfluger et al. 2008) Weitere Empfehlungen betreffen v.a. die (nachhaltige) Wirksamkeit und damit das Rekurrieren auf *strong ties* und *peer groups*, welche bei Salis Gross (2009) ausgeführt sind.

Unterschätzt wird neben dem bereits genannten Spannungsfeld (vgl. Punkt 10) die Tatsache, dass jeweils ein relativ zeitaufwändiger Vorlauf eines migrations sensitiven und transkulturell kompetenten Projektes nötig ist, wenn die Zielgruppen schon bei der Entwicklung partizipativ eingebunden werden. Dieser Aspekt wurde auch in unserem Projekt unterschätzt, so dass wir insbesondere empfehlen, diesen Vorlauf bereits als Projektteil zeitlich und finanziell einzuplanen (vgl. auch Leitfaden in Pfluger et al. 2008).

12 Weitere Punkte

Aufgeführte Literatur:

Christakis Nicholas A. and Fowler James H. (2008), The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med.* 358 (21): 2249-58.

Pfluger, Thomas, Andreas Biedermann, und Corina Salis Gross (2008), Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Schlussbericht an den Schweizerischen Tabakpräventionsfonds. Herzogenbuchsee: Public Health Services.

Salis Gross, Corina (2009), Ohne „starke Beziehungen“ keine nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention. <http://www.public-health-services.ch>.

Salis Gross, Corina; Cangatin, Serhan und Schnoz, Domenic (2009), Smoking Cessation for Turkish Migrants in Switzerland. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction. www.isgf.uzh.ch.

Schnoz, Domenic; Salis Gross, Corina und Serhan Cangatin (2008), Rauchstoppkurse für türkeistämmige Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bericht zur Durchführung der Kurse. Teilbericht I zum Präventionsprojekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“ an den Schweizerischen Tabakpräventionsfonds. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (Bericht Nr. 263).

Schnoz, Domenic; Schaub, Michael; Cangatin, Serhan und Salis Gross, Corina (2008), Rauchstoppkurse für türkeistämmige Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bericht zur Wirksamkeit der Kurse. Teilbericht II zum Präventionsprojekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“ an den Schweizerischen Tabakpräventionsfonds. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (Bericht Nr. 264).