

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 43 (2017)

Heft: 5

Artikel: Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen

Autor: Salis Gross, Corina

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800172>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

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

Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen

In einkommensstarken Ländern verhält sich die Prävalenz des Tabakkonsums umgekehrt proportional zum sozioökonomischen Status der Bevölkerung. Die Tabakprävention erreicht also noch nicht alle Bevölkerungsgruppen. Erfolgsfaktoren zur Aufhebung dieser Benachteiligung zeichnen sich jedoch ab und entsprechende Instrumente für die Tabakprävention stehen zur Verfügung. Die Umsetzung kann angegangen werden.

Corina Salis Gross

Dr. phil. hist., Forschungsleiterin am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Konradstrasse 32, CH-8031 Zürich, +41 (0)79 430 85 22, corina.salisgross@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch

Schlagwörter: Migration | Tabakprävention | Erfolgsfaktoren | Benachteiligte | Gesundheitskompetenz |

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 (gemäss Art. 2 der Schweizer Bundesverfassung) und den chancengerechten Zugang zu den Angeboten der Tabakprävention in der Schweiz zu gewährleisten, hat das Bundesamt für Gesundheit (Sektion Tabak) und der Schweizerische Tabakpräventionsfonds ein Pilotprojekt finanziert, das die Frage nach wirksamen Massnahmen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen aufgreift. Dabei sollten nicht nur die Veränderung eines individuell bestehenden Suchtverhaltens anvisiert werden, sondern auch Policy-Strategien und politische Interventionen zur Verhinderung des Raucheinstiegs und zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse des Projektberichtes¹ vorgestellt.

Vorgehen

Um die Erfolgsfaktoren für die Prävention des Tabakkonsums bei benachteiligten Gruppen zu identifizieren, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, die wissenschaftliche Studien und Übersichtsartikel umfasste, die zwischen 2010 und 2015 publiziert wurden. Des Weiteren wurden Projektberichte von nationalen Projekten zusammengetragen, die sich mit der Chancengleichheit und Gesundheitskompetenz von benachteiligten Gruppen befassten und demnach Aufschluss über mögliche Erfolgsfaktoren geben konnten. Kürzlich erschienene internationale Grundlageberichte und Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation oder der Europäischen Kommission, die sich mit Fragen der Tabakprävention und sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten

in der Bevölkerung beschäftigten, wurden ebenfalls einbezogen. Trianguliert und ergänzt wurden diese Ergebnisse durch das Erfahrungswissen einer interdisziplinären Gruppe von ExpertInnen.²

Benachteiligung im Fokus der Tabakprävention

Weltweit gilt der Tabakkonsum als grösstes verhaltensbezogenes Gesundheitsrisiko und wird mit der höchsten Anzahl an vermeidbaren Todesfällen assoziiert.³ 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.⁴

Instrumente zur Eindämmung des Tabakkonsums

Eine wichtige Grundlage zur weltweiten Eindämmung des Tabakkonsums bildet die Tabakkonvention der Weltgesundheitsorganisation. Im Rahmen dieser Konvention haben sich die partizipierenden Länder, darunter auch die Schweiz, dazu verpflichtet, sowohl beim Angebot als auch der Nachfrage von Tabakprodukten aktiv zu werden und Massnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums umzusetzen. Um die einzelnen Länder darin zu unterstützen, wurde von der WHO das Paket MPOWER⁵ erarbeitet, das sich aus folgenden effektiven Massnahmen zur Tabakprävention zusammensetzt:

- Monitoring des Tabakkonsums und Präventionsmassnahmen
- Schutz vor Passivrauchen
- Angebote zur Unterstützung des Rauchstopps
- Warnhinweise zur Gefährlichkeit des Tabakkonsums
- Verbote von Tabakwerbung und Sponsoring
- Erhöhung der Tabaksteuer

Eine weitere Regulierung des Tabakkonsums wurde durch die neu überarbeitete Tabakrichtlinie der Europäischen Union verabschiedet.⁶ Darin 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.

Benachteiligungsfaktoren

Trotzdem gibt es in der Bevölkerung bestimmte benachteiligte Gruppen, die durch bestehende Angebote der Tabakprävention nicht erreicht werden.⁷ Auch wenn benachteiligte Gruppen häufig als schwer erreichbar galten, soll an dieser Stelle vermerkt werden, dass die schwere Erreichbarkeit heute kein eindeutiger Indikator für Benachteiligung mehr darstellt und durchaus auch auf sozial gut gestellte Personen mit gutem Gesundheitszustand anwendbar ist.⁸ Die Benachteiligung dieser Gruppen ergibt sich vielmehr aus einer Kombination von mehreren Faktoren: mangelhaftes Gesundheitsbewusstsein und riskantes Gesundheitsverhalten (z.B. Tabakkonsum), das von der betreffenden Gruppe teilweise nicht als problematisch wahrgenommen wird und allenfalls als soziale Norm in dieser Gruppe gilt, ohne hinterfragt zu werden. Benachteiligungen 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. Es gilt also, die spezifischen Kombinationen der jeweils virulenten Benachteiligungsfaktoren je Gruppe zu beachten.⁹

Das aus der Genderforschung stammende Konzept der Intersektionalität¹⁰ erlaubt es, die Verschränkung verschiedener, Ungleichheit und Benachteiligung generierender Strukturkategorien analytisch zugänglich zu machen. Vertikale Ungleichheitsmerkmale wie sozioökonomischer Status (Bildung, Berufliche Stellung, Einkommen und Vermögen) kreuzen sich in dieser Sicht mit horizontalen Ungleichheitsmerkmalen (Geschlecht, Alter, Migration, Lebenslage, Wohnsituation etc.), und auch die Prävalenz des Tabakkonsums sowie der Zugang zu Angeboten der Tabakprävention unterscheidet sich in Abhängigkeit der Verkreuzung dieser Indikatoren.

Ungleichheiten

Massnahmen der Tabakprävention in Europa haben nun zwar Erfolge verzeichnet, aber sie beschränken sich häufig auf Personengruppen mit mittlerem oder hohem Einkommen, was dazu geführt hat, dass die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten sogar noch vergrößert wurden.¹¹ In einkommensstarken Ländern verhält sich die Prävalenz des Tabakkonsums umgekehrt proportional zum sozialökonomischen Status.¹² So zeigte auch eine Studie basierend auf Daten des Schweizer Tabakmonitorings (die jedoch nur 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.¹³

Förderung der Gesundheitskompetenz

Limitiertes Wissen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums und riskante Gesundheitsverhaltensweisen können die Gesundheit von Personen aus solchen benachteiligten Gruppen stark beeinträchtigen. Entsprechend interessieren in der visierten Literatur 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.¹⁴ Das Erlernen der kritischen Gesundheitskompetenz zur Beurteilung von neuwertigen Umständen und Veränderungen kann ebenfalls als Interventionsziel anvisiert werden.¹⁵ 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.¹⁶

Ergebnisse: Effektivität von unterstützenden Angeboten

Unter der Vielzahl an möglichen Interventionen der Tabakprävention zeigen in der Praxis neben der Öffnung und Anpassung der generellen Regelangebote insbesondere zielgruppenspezifisch unterstützende Interventionen evidenzbasierte und durch Erfahrung bestätigte Wirksamkeit hinsichtlich der Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Da sich Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs weitgehend auf Kinder und Jugendliche in der Schule oder in weiterführenden Ausbildungssettings beziehen, erreichen diese grundsätzlich viel leichter auch Benachteiligte als Interventionen für Erwachsene. Es wurden jedoch keine speziellen Auswertungen zur Effektivität dieser Interventionen im Hinblick auf benachteiligte Subgruppen gefunden. Deshalb basiert die folgende Auflistung weitgehend auf Effektivitätsbewertungen bei Massnahmen zum Ausstieg und zur Rückfallprävention bei benachteiligten Erwachsenen. Die folgenden Elemente haben sich dabei als effektiv erwiesen:

Psychologische Interventionen und Pharmakotherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie mit oder ohne Pharmakotherapie sowie Beratungsansätze in Kombination mit oder ohne Gebrauch von NRT-Produkten haben sich auch bei benachteiligten Gruppen als effektiv erwiesen. Wichtig ist deshalb, den Zugang zu den Angeboten der Regelversorgung gezielt mit Massnahmen zu unterstützen:

- Organisationsentwicklung: Öffnung der Regelangebote (z.B. Anbieten der Beratung in verschiedenen Sprachen oder ausserhalb der Organisationen im Setting der Zielgruppen, Anstellung von Peers, finanziell erschwingliche oder kostenlose Angebote)
- Gezielte Sensibilisierung der benachteiligten Bevölkerung über diese massgeschneiderten Angebote in niederschweligen Formen
- Kurzberatungen und Rauchstopplinen sind ebenfalls wirksam, sofern der Zugang gesichert ist und die Angebote systematisch angepasst werden (z.B. sprachlich, finanziell, via Kommunikationsformen, gekoppelt mit anderen Angeboten wie integrierter Stressmanagementstrategie, Bewegung/Ernährung, oder unterstützt durch Contingency Management, d.h. Belohnungssysteme), und sofern die Fachpersonen neben fachlichen Kompetenzen auch die soziale Bereitschaft und Kompetenz zeigen, als Vertrauensperson zu fungieren und auch aufsuchend zu arbeiten.

Für die Rückfallprävention gibt es keine speziellen Auswertungen. Generell hat sich jedoch v.a. die Identifikation und das Vermeiden von Situationen, die persönlich wieder zum Rauchen verführen, als effektiv erwiesen sowie wiederum die medikamentöse Unterstützung.



Gruppeninterventionen und Nutzung von bestehenden sozialen Netzwerken

Im Bildungsbereich wird mit Angeboten für Kinder und Jugendliche versucht, den Raucheinstieg zu verhindern bzw. zu verzögern, ohne dabei spezifische Angebote für Benachteiligte anzubieten. Gruppeninterventionen in Deutschkursen für Erwachsene sind vereinzelt vorhanden und zeigen moderate Wirkung im Bereich der Sensibilisierung, sind jedoch sehr aufwendig. Gruppenangebote mit spezialisierten Fachkräften im Bereich des Rauchausstiegs haben sich bei Benachteiligten als nachhaltig wirksam erwiesen, wenn sie im Rahmen von Netzwerken mit reziproken Beziehungen durchgeführt wurden. Die Nutzung von bestehenden sozialen Netzwerken bietet ein grosses Potential zur Sensibilisierung von benachteiligten Gruppen (z.B. via MultiplikatorInnen oder Peer-Ansätzen), zur Rekrutierung von Ausstiegsinteressierten und zur Verstärkung der Wirksamkeit von Ausstiegsversuchen. Interventionen haben wiederum grössere Chancen auf Wirksamkeit, wenn sie partizipativ mit den benachteiligten Zielgruppen konzipiert und umgesetzt werden.

Webbasierte Rauchstoppinterventionen und neue soziale Medien

Webbasierte Interventionen mit interaktiven Elementen sind als Unterstützung beim Ausstieg wirksam, sofern sie auf die Zielgruppen zugeschnitten sind. Medienkampagnen via Internet und neuen sozialen Medien bergen ein grosses Potential für die Sensibilisierung und Erreichbarkeit von benachteiligten Gruppen, wenn sie in personalisierter und/oder interaktiver Form geführt werden und in den jeweiligen Medien der Zielgruppe platziert sind. Neue soziale Medien zeigen ein neues Potential zur Sensibilisierung, zur Informationsvermittlung, zur Generierung der Bereitschaft zum Ausstieg, zur Rekrutierung und zur Begleitung beim Ausstieg, falls sie auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten und in personalisierter Form konzipiert sind. Zielgruppennahe Angebote über mediale Kanäle dienen weiter der Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Verhinderung des Raucheinstiegs. Die Interventionen sind vor allem dann wirksam, wenn sie partizipativ mit den Zielgruppen konzipiert und umgesetzt wurden.

Nikotinersatzprodukte und Pharmakotherapie

Validierte Nikotinersatzprodukte zeigen sich auch bei benachteiligten Gruppen als sichere und effektive Massnahme zur Unterstützung beim Rauchausstieg. Allerdings ist der Zugang (Preis, Anwendung) niederschwellig zu sichern. Die ärztlich verordnete Pharmakotherapie gilt ebenfalls als effektiv.

E-Zigaretten

E-Zigaretten werden von den ExpertInnen der Tabakprävention in der Schweiz nicht für den Tabakausstieg und die Rückfallprävention oder für die Konsumreduktion empfohlen. In einem Konsens-Papier wird die regulierte Zugänglichkeit für nikotinhaltige E-Zigaretten gefordert, und zwar u.a. unter Festlegung einer oberen Nikotingrenze und unter Angabe von weiteren Inhaltsstoffen. Die Bevölkerung (inkl. benachteiligte Gruppen) sollte deshalb möglichst differenziert über die E-Zigaretten informiert und auch auf die bestehenden Gefahren dieser Produkte hingewiesen werden. Der Umstieg von üblichen Zigaretten zu E-Zigaretten ist jedoch potentiell geeignet, um die Gesundheit von benachteiligten Gruppen zu verbessern und so bestehende Ungleichheiten zu verringern.

Ergebnisse: Effektivität von politischen Massnahmen

Auch auf politischer Ebene sollten bei der Strategieplanung wichtige Erfolgsfaktoren spezifisch für benachteiligte Gruppen mitberücksichtigt werden. Vermeintlich positive Effekte auf die

Prävalenz des Tabakkonsums können zudem unbeabsichtigt mit einer Erhöhung der gesundheitlichen Ungleichheiten verbunden sein und müssen deshalb berücksichtigt werden.

Erhöhung von Zigarettenpreis und Tabaksteuer

Generell sind entsprechende politische Massnahmen zur Erhöhung des Zigarettenpreises auch bei benachteiligten Gruppen wirksam. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass insbesondere stark abhängige und finanziell schwach gestellte Personen auf preiswertere Tabakprodukte ausweichen, anstatt ihren Konsum zu reduzieren. In der Prävention bei ökonomisch schwach gestellten Gruppen sollte dieses Thema deshalb jeweils speziell angesprochen werden.

Einführen und Ausweiten von Rauchverboten

Striktes Rauchverbot gilt gemäss der WHO als zentrale wirksame Massnahme zur Reduktion von tabakbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten in sozioökonomisch schwächer gestellten Gruppen. Rauchverbote in geschlossenen Räumen und Wohnungen mit Kindern gelten als wichtige und wirksame Intervention bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen. Das Verringern von Rauchgelegenheiten ist eine Massnahme, die sich insbesondere bei Frauen als wirksam gezeigt hat. Neben direkten Verboten ist die Sensibilisierung für rauchfreie Räume und Autos in stark betroffenen Gruppen zu unterstützen. Hier scheint der Verweis auf die Schädlichkeit des Tabakrauches für die Kinder eine wirksame Strategie zu sein. Vermutlich unterstützen diese Massnahmen auch den Normenwandel in den Subgruppen erheblich, was jedoch noch nicht nachgewiesen werden konnte.

Beschränkungen im Verkauf an Minderjährige, Werbung und Sponsoring

Zur Wirksamkeit von Beschränkungen im Verkauf an Minderjährige sind kaum Daten vorhanden, da die Relevanz dieser Massnahme politisch unbestritten ist. Die WHO-Konvention empfiehlt zusätzlich ein Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring, was sich auch auf den Rauchstatus von benachteiligten Gruppen positiv auswirken würde. Hier ist insbesondere zu beachten, dass die Werbung und das Sponsoring sehr gezielt spezifische Subgruppen und Subkulturen mit ausgeklügelten Methoden bewerben, wovon auch benachteiligte Gruppen betroffen sind.

Medienkampagnen und Veränderung der sozialen Normen

Generelle Medienkampagnen erreichen benachteiligte Gruppen schlecht. Erfolgsversprechender sind Medieninterventionen dann, wenn sie personalisiert, leicht verständlich, beziehungsgeleitet und interaktiv angelegt sind (z.B. persönliche Geschichten im redaktionellen Teil oder in TV-Sendungen, in die man auch anrufen kann, Wettbewerbe). Dies erhöht die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Kampagne im Sinne einer Stärkung der interaktiven Gesundheitskompetenz. Mediale Interventionen mit Unterhaltungswert sind geeignete Kommunikationskanäle im Hinblick auf die Aufnahme von gesundheitsrelevanten Informationen. Die gezielte Auswahl der Informations- und Kommunikationstechnologie ist bei den jeweilig anvisierten benachteiligten Gruppen ausschlaggebend (z.B. ohne Textinformationen, mittels lebensweltlicher Verankerung, sprachlich angepasst, kostenlose Interaktions-Programme).

Warnhinweise auf Zigarettenschachteln

Warnhinweise können Einfluss auf die sozialen Normen und auf die Motivation zur Verhaltensänderung nehmen. Wirksam für die Motivation zum Rauchstopp bei benachteiligten Gruppen scheinen insbesondere Labels und graphische Elemente mit Rollenmodellen und mit kontrastierenden Aspekten (positive und negative).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Benachteiligte Gruppen sollen nach Möglichkeit bereits im frühen Stadium der Strategie- und Projektplanung der Tabakprävention identifiziert und partizipativ einbezogen werden (z. B. via Interessenvertretung und Bedürfnisabklärungen). Dies eröffnet 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 beziehungsgeleiteten Peer-Ansätzen und vom setting-approach und kann auch niederschwellig im Rahmen eines themenfremden Projekts umgesetzt werden. Auch bei benachteiligten Gruppen soll im Sinne eines Empowerment 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. Eine angepasste Sprache, Verarbeitung von Informationen und Verhaltenseinübung sind relevant. Massnahmen auf Systemebene, wie die Öffnung der Regelversorgung, tragen substantiell zur Sicherung der Chancengleichheit von benachteiligten Gruppen bei. 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. Es liegen bereits einige Instrumente im Bereich Tabakprävention vor, die diesen Prozess unterstützen.¹⁷ Zudem bestehen in der Schweiz auch bereits Projekte im Themenbereich Tabak, welche diese Prinzipien befolgen.¹⁸

Analoge Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Tools gibt es auch für die Alkoholprävention¹⁹ oder für die Förderung eines gesunden Körpergewichts²⁰ bei benachteiligten Gruppen. ●

Literatur

- European Commission (2014): Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities. doi:10.2772/20144.
- EU – 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.
- 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.
- Maier, L.J./Salis Gross, C. (2015): Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesebericht der Expertengruppe. Finanziert durch den Schweizer Tabakpräventionsfonds und das Bundesamt für Gesundheit (Sektion Tabak). ISGF-Bericht Nr. 360. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. (www.isgf.uzh.ch; www.tpf.admin.ch).

- 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): 2789-2799. doi:10.3390/ijerph7072789.
- 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* 67(12): 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
- Pfluger, T./Biedermann, A./Salis Gross, C. (2009): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Bern: Public Health Services. www.transpraev.ch oder www.tpf.admin.ch
- Salis Gross, C./Soom Ammann, E./Haug, S. (2015): Chancengleichheit und gesundes Körpergewicht: Aktualisierung der wissenschaftlichen Fakten 2006-2014. Bericht zu Händen der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.
- Soom Ammann, E./Salis Gross, C. (2011): Alt und schwer erreichbar. «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» bei benachteiligten Gruppen. München: Akademische Verlagsgemeinschaft.
- WHO – World Health Organization (2008): WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: The MPOWER package. Geneva.
- WHO – World Health Organization (2009): Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva.
- WHO – World Health Organization (2014): Tobacco and inequities – Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Geneva.

Endnoten

- 1 Vgl. Maier/Salis Gross 2015.
- 2 Beteiligt waren: F. Bihler (Stellvertretender Geschäftsführer Caritas St. Gallen- Appenzell), M.-L. Ernst (Projektleiterin Sucht Schweiz, Lausanne), B. Kaya (Projektleiter Schweizerisches Rotes Kreuz), M. Pasche (Leiterin CIPRET Vaud, Lausanne), E. Sariaslan (Präsidentin des Dachverbandes FIMM, Schweizer Forum für die Integration von Migrantinnen und Migranten).
- 3 Vgl. WHO 2009.
- 4 Vgl. European Commission 2014; Gmel et al. 2014.
- 5 Vgl. WHO 2008.
- 6 Vgl. EU 2014.
- 7 Vgl. WHO 2008; 2014.
- 8 Vgl. z.B. Soom Ammann/Salis Gross 2011.
- 9 Maier/Salis Gross 2015: 9-11.
- 10 Für eine ausführliche Darstellung des Konzeptes sei auf den Text von Eva Soom Ammann in diesem Heft verwiesen.
- 11 Vgl. WHO 2014.
- 12 Vgl. WHO 2008.
- 13 Vgl. Marti 2010.
- 14 Vgl. Nutbeam 2000; 2008.
- 15 Vgl. Nutbeam 2000.
- 16 Vgl. Nutbeam 2008.
- 17 In einem Factsheet zum Bericht (Maier/Salis Gross 2015) sind die entsprechenden Links aufgeführt. Das Factsheet ist in der Projektdatenbank des Schweizerischen Tabakpräventionsfonds zugänglich gemacht: www.tpf.admin.ch, Zugriff 28.09.17.
- 18 Alle nationalen Projekte sowie eine Auswahl von Projekten aus Europa sind im Bericht Maier/Salis Gross 2015 aufgeführt und beschrieben.
- 19 Vgl. Pfluger et al. 2009 sowie die Broschüre «Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz» der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention dazu: www.tinyurl.com/y6wtu77x, Zugriff 28.09.17.
- 20 Vgl. Salis Gross et al. 2015.