"(Nicht-)Rauchen wie ein Türke?"

Autor(en): **Salis Gross, Corina / Schmoz, Domenic / Cangatin, Serhan**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **35 (2009)**

Heft 4

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800628

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

«(Nicht-)Rauchen wie ein Türke?»

Während der Tabakkonsum in der Allgemeinbevölkerung der Schweiz abnimmt, sind die Prävalenzen bei einigen Gruppen der Migrationsbevölkerung noch sehr hoch. Trotzdem sind diese Bevölkerungsgruppen in üblichen Rauchstopp-Therapien kaum präsent. Mit einem migrationssensitiven Ansatz sind diese deutlich besser und mit Erfolg erreichbar.

Corina Salis Gross
Dr. phil., Forschungsleiterin, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, Tel. +41 (0)44 448 11 60, corina.salisgross@isgf.uzh.ch

Domenic Schnoz
Lic. phil., Projektleiter, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, Tel. +41 (0)44 448 11 60, domenic.schnoz@isgf.uzh.ch

Serhan Cangatin
Fachspezialist, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, Tel. +41 (0)44 448 11 60, serhan.cangatin@isgf.uzh.ch, www.isgf.ch

Hintergrund

Wie in vielen anderen Ländern ist auch in der Schweiz die Rate der Rauchenden bei spezifischen Subpopulationen mit Migrationshintergrund hoch. Die Zahlen des «Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung» aus dem Jahr 2004 wiesen die türkeistämmigen Befragten als die mit Abstand am stärksten vom Tabakkonsum betroffene Gruppe aus: 53% der Männer und 42% der Frauen gaben an, Tabak zu rauchen.[1] Im Gegensatz dazu lag der damalige Anteil der Rauchenden unter der Schweizer Bevölkerung gerade einmal bei 37% (Männer), resp. 30% (Frauen).[2] Diese Zahlen schienen den volkstümlichen Ausdruck «Rauchen wie ein Türke» zu bestätigen. Obwohl die Berücksichtigung von sozioökonomischen und soziokulturellen Aspekten sowie von Bildung in der Prävention ein wichtiges Element darstellt, gab es in der Schweiz bislang keine migrationssensitiven Rauchstopp-Therapien[3] und in den üblichen Angeboten sind v.a. belastete Gruppen kaum präsent. Das Ziel unseres vom Tabakpräventionsfonds[4] finanzierten Pilotprojektes «Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz»[5] bestand deshalb darin, explorativ ein Therapiekonzept zu entwickeln, das die Kontextualität des Rauchens und der Optionen zum Ausstieg in der Migration und bei hoch belasteten und schwer erreichbaren Gruppen mit geringer *health literacy* (siehe Kasten) berücksichtigt.

Die Aussichten auf Erfolg waren – vorsichtig ausgedrückt – als kritisch zu bewerten und die Erreichbarkeit der Zielgruppe war schwierig einzuschätzen, denn gemäss den Auswertungen des erwähnten Gesundheitsmonitoring sind viele MigrantInnen aus der Türkei stark marginalisiert (tiefes Integrationsniveau, grosse Diskriminierungserfahrung, hohes Risikoverhalten und starke soziale Isolation) und weisen eine hohe psychosoziale Vulnerabilität auf.[7] Hatte diese Zielgruppe überhaupt das Bedürfnis und die Ressourcen, den Tabakkonsum aufzugeben? Oder würden wir mit unseren Bemühungen scheitern?

Entwicklung eines neuen Therapiekonzepts

Der Erfolg einer Therapie steht und fällt mit dem zugrunde liegenden Konzept. Es musste also eine Therapieform entwickelt werden, die von der Zielgruppe akzeptiert und genutzt werden würde. In einem ersten Schritt galt es, Rahmenbedingungen zu entwickeln, von welchen sich die Rauchenden angezogen fühlten, die sie als adäquat empfinden würden und die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten waren. Rauchstopp-Therapien für die Allgemeinbevölkerung existieren bereits in Form von diversen Angeboten. Der Aufbau und die Inhalte unserer Rauchstopp-Therapie folgten der gängigen Struktur und den Hilfsmitteln, wie sie heute national und international Verwendung finden. Mittels einer Recherche und qualitative Methoden (ExpertInneninterviews, Leitfadeninterviews, teilnehmende Beobachtung in einem Rauchstopp-Kurs der Krebsliga Zürich) wurden die wichtigsten Elemente einer adäquaten klassischen Therapie ermittelt: Vorbereitungsphase, eigentlicher Rauchstopp, Reflexionen, Einüben der Verhaltensänderung, Umgang mit Rückfällen.

In der ersten Entwicklungsphase wurde dafür eng mit der Krebsliga Zürich zusammengearbeitet. Die generelle Grundstruktur wurde in den migrationsspezifischen Rauchstopp-Therapien beibehalten. Die Inhalte und die allgemeine Didaktik wurden der Zielgruppe systematisch angepasst. Neben der Therapieführung in der Verkehrssprache Türkisch und mittels eines fachkompetenten türkeistämmigen Leiters wurden die Inhalte auch an das kommunikative und an das symbolische Referenzsystem der Zielgruppe angepasst. Dabei wurden sozio-ökonomische Unterschiede,

Health Literacy

«Die Fähigkeit der/des Einzelnen, in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dabei lässt sich zwischen einer funktionalen, einer interaktiven und einer kritischen Ebene unterscheiden: Die funktionale Gesundheitskompetenz beinhaltet die Lese- und Schreibfähigkeiten, die einer Person den Zugang zu Informationen ermöglichen. Die interaktive Gesundheitskompetenz schliesst zusätzlich soziale Kompetenzen mit ein und ermöglicht es Personen, eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umzugehen und ihre soziale Umwelt so einzubeziehen, dass diese für ihre Gesundheit förderlich ist. Die kritische Gesundheitskompetenz bezieht sich auf eine kritische Beurteilung der Informationen aus dem Gesundheitssystem und auf eine konstruktive Auseinandersetzung auch mit den politischen und wirtschaftlichen Aspekten des Gesundheitssystems»[6]

Altersklassen und geschlechtsspezifische Besonderheiten mit berücksichtigt. Diese Modifikationen (z.B. Interaktionsformen, graphische Anpassungen, Anpassung von Filmmaterial, der Protokollblätter, Alternativhandlungen für das Rauchen, etc.) wurden in Zusammenarbeit mit Vertretern der türkeistämmigen Migrationsbevölkerung vorgenommen. Ein besonderer Schwerpunkt wurde ausserdem auf eine Verbesserung der interaktiven health literacy gelegt.
Das Therapiekonzept wurde in Form eines Manuals entwickelt und in sechs Gruppen à sechs bis zwölf Personen sowie in fünf Einzeltherapien angewandt. Mittels einer Evaluation wurden die Wirksamkeit und allfällige Verbesserungsmöglichkeiten geprüft.

Zugang zur Zielgruppe und Rekrutierung der Rauchenden

Nachdem das neue Therapiekonzept ausgearbeitet worden war, galt es, Personen für die Teilnahme an Rauchstopp-Kursen und Einzeltherapien zu gewinnen. Zu diesem Zweck wurde ein Konzept, basierend auf acht Schritten entwickelt und umgesetzt:

- *Partizipative Entwicklung von Informationsmaterial*: In Zusammenarbeit mit einem Cartoonisten aus der Türkei, der bereits über Erfahrung in der Gestaltung von Präventionsmaterial verfügte, wurden spezielle Handzettel (Flyer) und Poster entwickelt. Die künstlerischen Mittel dazu orientierten sich an symbolischen Referenzsystemen der MigrantInnen.
- *Aufsuchende und beziehungsgeleitete Distribution des Informationsmaterials*: Das Informationsmaterial wurde in Gemeinschaftszentren, Vereinen, Ethnic-Businesses (Reisebüros, Restaurants, Lebensmittelgeschäften, etc.) verbreitet sowie dem türkischen Konsulat zum Verteilen übergeben. Der Kursleiter und zusätzliche freiwillige Personen aus den Vereinen waren dabei bereits als Beziehungsträger der Information involviert. Dieses Vorgehen verschaffte dem Kursleiter die Rolle einer Identifikationsfigur und die Freiwilligen agierten als MultiplikatorInnnen des Therapieangebotes. Mit Hilfe dieses Vorgehens konnte ein Schneeballeffekt erzielt werden: Erste Verteiler waren in Zürich situiert und bald schon erfolgte eine rasche Ausdehnung auf die gesamte Deutschschweiz und die Romandie. Dieser Effekt ist vor allem der engen Vernetzung von diversen türkeistämmigen Gemeinschaften zu verdanken, welche den transportierten Inhalten auch eine besondere Glaubwürdigkeit verschaffte.
- *Errichten einer Hotline*: Die Einrichtung einer telefonischen 24-Stunden-Hotline übernahm eine doppelte Funktion: Erstens diente sie InteressentInnen als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und zweitens wurde durch sie eine Unterstützungsmassnahme ausserhalb der Therapiesitzungen gewährleistet.
- *Zusammenarbeit mit offiziellen türkischen Stellen*: Um auch eine offizielle Unterstützung des Projektes von türkischer Seite zu erlangen, wurde das türkische Konsulat in die Informationskampagne mit eingebunden.
- *Informelle und persönliche Kontaktaufnahme mit Schlüsselpersonen*: Die grösste Resonanz erzeugte die persönliche Kontaktaufnahme der Projektverantwortlichen mit der Zielgruppe. Aufgrund der vermittelten Kontakte wurden persönliche Beziehungen über informelle Treffen aufgebaut. Auf diese Weise konnte in verschiedenen Vereinszentren eine Schlüsselperson rekrutiert werden, die an der Rauchstopp-Therapie besonderes Interesse zeigte und damit zum Repräsentanten der Therapie avancierte. Gleichzeitig konnten diese Schlüsselpersonen massgeblichen Einfluss auf andere Vereinsmitglieder ausüben. Mit diesem Vorgehen konnten zahlreiche Rauchende davon überzeugt werden, an der Therapie teilzunehmen.
- *Vorträge und Nutzung der türkischen und kurdischen Medien*: Der Kursleiter organisierte Informationsanlässe über die Risiken des Rauchens in Vereinen und Organisationen. Im Rahmen dieser Präsentationen wurde auch die Rauchstopp-Therapie vorgestellt. Diese Informationsanlässe stiessen auf grosses Interesse beim Publikum und resultierten in zahlreichen Anmeldungen für die Therapien vor Ort. Ergänzend wurden in einem türkischsprachigen Sendegefäss des Radiosenders LoRa Interviews mit dem Leiter der Rauchstopp-Therapie durchgeführt sowie entsprechende Werbemitteilungen geschaltet. Weitere Artikel und Gratisannoncen wurden in türkischen Zeitungen und in Vereinszeitschriften veröffentlicht.
- *Information der Regelversorgung*: Zusätzlich wurden die Schweizer Regionalgruppe des Deutsch-Türkischen Arbeitskreises für türkischsprachige PsychotherapeutInnen, neun SozialarbeiterInnen und acht türkischsprachige AllgemeinmedizinerInnen über die Therapien informiert. Diese Interventionen zeigten aber keine konkreten Effekte auf die Rekrutierung.
- *Setting-Ansatz für die Durchführung der Therapien*: Den Organisationen und Gruppierungen wurde eine grösstmögliche Entscheidungsfreiheit über die zeitliche und räumliche Durchführung der Therapie zugestanden. Dieses Vorgehen stiess auf grosse Akzeptanz. Ausserdem wurden die Rauchstopp-Therapien auf Wunsch in den Räumlichkeiten der Vereine und Organisationen durchgeführt, was einen vertrauten und informellen Rahmen unterstützte.

Dieses Vorgehen führte zu einer verstärkten Thematisierung der Schädlichkeit des Rauchens in verschiedenen Zentren, Vereinen und Organisationen der Zielgruppe. Dies unterstützte wiederum die Rekrutierung von Teilnehmenden für die Rauchstopp-Therapien. Eine der wichtigsten Erkenntnisse bei diesem Vorgehen war, wie entscheidend Beziehungs- bzw. Vertrauensbildung und damit zusammenhängend informelle und formelle Kontaktaufnahmen sind. Diese Komponenten sind offenbar so stark, dass sie sogar geschlechtsspezifische Präferenzen aushebelten. Ursprünglich war nämlich geplant, einen Kursleiter und eine Kursleiterin auszubilden. Aus zeitlichen Gründen, war es aber nur dem männlichen Exponenten möglich, die Kontaktaufnahme intensiv vorwärts zu treiben. Das Interesse der Rauchenden, welche an den Therapien teilnehmen wollten, wurde dadurch so stark auf den entsprechenden Leiter fokussiert, dass sämtliche InteressentInnen an seinen Therapien teilnehmen wollten – egal ob Frau oder Mann. Ausserdem bestand offenbar ein deutliches Bedürfnis an Gruppentherapien. Die wenigen Einzeltherapien kamen nur deshalb zustande, weil es den betreffenden Rauchenden zeitlich nicht möglich war, an den Gruppentherapien teilzunehmen.

Evaluation

Um die Wirksamkeit der Rauchstopp-Therapie zu messen wurde eine Evaluation der Gruppen- und Einzeltherapien durchgeführt. Mittels einer Vorher-Nachher-Befragung (Pre-/Postbefragung) sowie regelmässigen Kohlenmonoxidmessungen[9] (CO-Messungen) wurde die Wirksamkeit der Therapie überprüft. Die Pre-Befragung wurde in der ersten Therapiesitzung, die Post-Befragung mindestens vier Monate später durchgeführt. Zusätzlich wurde sechs Monate nach dem Rauchstopp ein Follow-Up durchgeführt, um die längerfristige Rauchabstinenz zu testen. Die erhobenen Daten wurden einer Reihe von Tests unterzogen. In erster Linie wurden relevante Schlüsselvariablen (wie soziodemographische Eckdaten, die Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, der Abhängigkeitsgrad etc.) einer Häufigkeits- bzw. Mittelwertanalyse unterzogen und deskriptiv ausgewertet. In einem zweiten Schritt wurde die eigentliche Wirkungsmessung durch-

Skizzierung des Therapiekonzepts für Gruppen

1. Intervention
Vorstellungsrunde, Einführung in die Therapie, Ausfüllen des Fragebogens (Pre-Test), Videopräsentation der türkisch-britischen Theaterintervention «Tiryaki Kukla» (Die süchtige Puppe)[8]

2. Intervention
Informationsvermittlung, Instrumente der Selbstkontrolle, Schwierigkeiten beim Rauchstopp («Kenne Deinen Feind!»)

3. Intervention
Informationsvermittlung (Nikotinersatzprodukte), Besprechung von Entzugssymptomen

4. Intervention
Rauchstopp, positive Konnotation (kein Verzicht, sondern Gewinn durch Rauchstopp), Grundsätzliches zur Rückfallprävention

5. Intervention
Erfahrungsaustausch, Belobigung, weitere Alternativen

6. & 7. Intervention
Erfahrungsaustausch, Verstärkter Fokus auf Rückfallprävention, Entzugserscheinungen, Rauchstopp-Horoskope (humoristische Einlage)

8. Intervention
Abschlussfeier, Ausblick auf eine rauchfreies Leben, Erinnerungen an Treffen für Post-Test. Hinweis des Rauchstopp-Therapeuten, dass die Hotline als weiterführende Unterstützung/Beratung für die Teilnehmenden auch nach Therapieende verfügbar ist.

geführt.[10] Qualitative Interviews mit Teilnehmenden und mit dem Rauchstopp-Leiter dienten der Kontextualisierung der Therapie und gaben Einblick in Erfahrungen mit dem Konzept. Ein Jahr nach dem jeweiligen Rauchstopp wurde telefonisch ein weiteres Follow-Up durchgeführt, um die Abstinenzrate nach zwölf Monaten zu überprüfen.

Wichtigste Ergebnisse

Die Überprüfung der Wirksamkeit erbrachte Ergebnisse, welche unsere Erwartungen weit übertrafen. So führten über zwei Drittel (67,2%) aller Teilnehmenden einen Rauchstopp-Versuch durch und über 55% waren bei Therapieende – validiert durch Messung des CO-Gehalts in der Atemluft – rauchfrei. 47,5% aller Teilnehmenden waren bei der Postbefragung rauchfrei und die Bereitschaft auch in Zukunft rauchfrei zu bleiben, war bei diesen Personen ausgesprochen hoch. Diese Entschlossenheit schien sich auch längerfristig aufrecht zu erhalten. Selbst sechs Monate nach dem Rauchstopp waren über 39% der ehemaligen Rauchenden immer noch tabakfrei und nach einem Jahr waren dies weiterhin 37,7%. Dieses Ergebnis kann sich im Vergleich mit ähnlichen Angeboten für die Allgemeinbevölkerung sehen lassen![11]
Besonders erfreulich war ausserdem, dass selbst diejenigen Personen, welche den Ausstieg nicht geschafft hatten, die Anzahl täglich gerauchter Zigaretten um durchschnittlich 5 Stück reduzieren konnten. Dabei scheint es sich nicht um einen Vorsatz gehandelt zu haben, der schnell wieder verworfen wurde. Sechs Monate nach dem Rauchstopp gaben sogar über 65 Prozent der Rauchenden an, ihren Zigarettenkonsum um durchschnittlich acht Zigaretten pro Tag reduziert zu haben.

Die verstärkten Anstrengungen die health literacy der Teilnehmenden zu verbessern hat des weiteren mindestens in einem Punkt einen durchschlagenden Erfolg erbracht: Bei Therapiebeginn gaben viele der Teilnehmenden an, bereits mindestens einen erfolglosen Rauchstopp-Versuch hinter sich zu haben. Oftmals wurden diese Versuche durch Beihilfe von Nikotinkaugummis zu unterstützen versucht. Die Anwendung der Nikotinersatzprodukte fiel jedoch meist unsachgemäss aus, weshalb die Wirkung ausblieb.[12] Die korrekte Anwendung der Nikotinersatzprodukte wurde in den Therapiesitzungen erlernt und verzeichnete grossen Erfolg:[13] Die Chance, einen erfolgreichen Rauchstopp durchzuführen erhöhte sich durch die Nikotinsubstitution um fast das Sechsfache.
Die grosse Mehrheit der qualitativ befragten Teilnehmenden gab an, dass das zielgruppenspezifische Angebot eine grosse Motivation für sie dargestellt habe, teilzunehmen und die Therapie zu vollenden. Ein deutschsprachiger Kurs wäre für fast alle Befragten undenkbar gewesen (Sprachbarriere). Zudem wurde der spezifische soziokulturelle Rahmen sehr geschätzt. Man fühlte sich «unter seinesgleichen», wodurch das Vertrauen wesentlich gefördert wurde. Viele Teilnehmende begrüssten es ausserdem sehr, mit guten FreundInnen in derselben Therapie zu sein. Die engen Beziehungen unter den Teilnehmenden scheinen damit ein wichtiges Erfolgsmerkmal zu sein. In der Tabakprävention weisen nämlich unterdessen auch die Auswertungen einer Langzeitstudie zur Allgemeinbevölkerung in den USA darauf hin, dass der Rauchstopp nicht individuell erfolgt, sondern in Kaskaden von sogenannt «starken Beziehungen» (freundschaftlich und reziprok) und sich entsprechende setting-bezogene peer group-Ansätze als wirksamste Prävention zeigen, weil sich dadurch der Normenwandel in diesen settings erst durchsetzen kann.[14]

Empfehlungen

- *Zugang zur Zielgruppe und Rekrutierung der Teilnehmenden durch beziehungsgeleitete und aufsuchende Arbeit*: Die türkische Verkehrssprache in den Kursen und die persönliche aufsuchende Arbeit der KursleiterInnen haben sich bewährt. Die Rekrutierung sollte mit Informationsveranstaltungen über die Risiken des Rauchens kombiniert werden. Die LeiterInnen der Rauchstopp-Therapie gewinnen dadurch an zusätzlicher Glaubwürdigkeit und vermitteln gleichzeitig Fachkompetenz. Der direkte Einbezug von Schlüsselpersonen in den einzelnen Vereinen, Organisationen und Zentren ist ausserdem eine effiziente Ergänzung für das Gewinnen von Teilnehmenden.
- *Verhältnisprävention bewirken*: Mittels des setting-Ansatzes kann auch auf positive Sekundärgewinne hingearbeitet werden. Durch die Thematisierung des Rauchens, seiner Risiken und insbesondere der Gefahren des Passivrauchens führten die Vereine teilweise rauchfreie Kurslokale oder mindestens rauchfreie Räume ein.
- *Gruppentherapie statt Einzeltherapie*: Gruppentherapien wurden im Vergleich zu Einzeltherapien klar bevorzugt. Die Einbindung von starken sozialen Beziehungen ist eine wirksame Ressource im Zuge der Verhaltensänderung.
- *Starke Beziehungen als wesentlicher Teil der Gruppendynamik*: Zumindest für die erste Generation der Zielgruppe bewährten sich vor allem homogene Gruppen im Hinblick auf Altersklasse, Geschlecht und ganz besonders das Kriterium der starken Beziehungen. Die meisten Teilnehmenden waren bereits vor den Therapien sozial eng miteinander verbunden. Starke Beziehungen als Voraussetzung für die Gruppenzusammensetzung fördern das Vertrauen und ermöglichen eine enge soziale Kontrolle.
- *Therapiemanual*: Die Entwicklung eines zielgruppenspezifischen Manuals ist hilfreich und sollte die Grundlage für die Therapiedurchführung darstellen. Allerdings ist

aufgrund von vielen bildungsfernen Teilnehmenden eine verstärkte Nutzung von audio-visuellen Medien zu empfehlen.

- *Selbstverantwortliches Lernen fördern*: Das Ändern der Gewohnheit zu rauchen sollte mit der eigenen Überzeugung einhergehen. Viele der Teilnehmenden der ersten Generation hatten in ihrem Herkunftsland einen autoritären und passiv-rezeptiven Erziehungs- und Bildungsstil genossen. Unserer Erfahrung nach ist es von entscheidender Bedeutung, mit diesem Stil zu brechen und das Erlernen von aktiver und partizipativer Lernkompetenz zu fördern, um einen Ausstieg aus der Abhängigkeit zu schaffen und um sich die interaktive health literacy anzueignen.
- *Verbesserung der health literacy*: Nach unserer Einschätzung war der Wissenszuwachs um die Schädlichkeit des Tabaks, die Auswirkungen auf den Körper (Mechanismen der Abhängigkeit) und die korrekte Anwendung von Hilfsmitteln (z.B. Nikotinersatzprodukte) eine wesentliche Ressource auf dem Weg zur Tabakabstinenz. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte beim Aufbau eines Therapiekonzeptes die nötige Gewichtung als Voraussetzung für einen Therapieerfolg erhalten.
- *Kosten*: Vulnerable Gruppen verfügen häufig lediglich über stark beschränkte finanzielle Mittel. Aus diesem Grund ist es nicht verwunderlich, dass in unserer Zielgruppe eine Kostenbeteiligung an den Rauchstopp-Therapien als Zugangsbarriere bezeichnet wurde. Nach Einschätzung des Kursleiters ist jedoch noch ein anderer Aspekt wichtig: Durch das Gratisangebot, wurde die Haltung der Teilnehmenden verändert, so dass sie sich selbst verantwortlich für einen Erfolg fühlten. Eine Kostenbeteiligung würde hingegen eine passive Haltung fördern, die den Kursleiter für den Erfolg verantwortlich macht. Ein Gratisangebot ist demzufolge nicht nur aus Gründen der Chancengleichheit zu empfehlen, sondern spielt auch der Verbesserung der interaktiven health literacy in die Hände.

Weiteres Vorgehen

Momentan befindet sich das ISGF in Abklärungen mit Anbietern von Rauchstopp-Beratung der Regelversorgung, um die Integration der Kurse in die vorhandenen Angebote zu vollziehen. Weiter wird eine Multiplikation des Konzepts auf andere Zielgruppen der Migrationsbevölkerung geprüft.

Infos für Fachstellen

Der Schlussbericht sowie die Berichte zur Durchführung der Therapieinterventionen und zur Wirksamkeit der Intervention können auf der Homepage des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung[15] und auf der Homepage des Tabakpräventionsfonds[16] heruntergeladen werden. Für weitere Fragen steht das ISGF jederzeit zur Verfügung. •

Literatur

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2007a): Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Bundesamt für Gesundheit. Bern. www.miges.admin.ch, Zugriff 24.06.2009.

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2007b): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013).Bundesamt für Gesundheit. Bern. www.miges.admin.ch, Zugriff 24.06.2009.

Bond, M. (2009): Three degrees of contagion. New Scientist, Nr. 2689: 24-27. URL: www.newscientist.com, Zugriff 24.06.2009.

Christakis, N. A. & Fowler J. H. (2008): The collective dynamics of smoking in a large social network. New England Journal of Medicine 358(21): 2249-58.

Gabadinho, A. & Wanner, P. (2008): Die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz: zweite Analyse der Daten des GMM. Auswirkungen des Integrationsniveaus, von Diskriminierung, Risikoverhalten und sozialer Isolation. Kurzversion. Laboratoire de démographie et d'études familiales, Université de Genève. Genf. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik, Zugriff 24.06.2009.

Lando, H.A., McGovern, P.G., Kelder, S.H., Jeffery, R.W., Forster, J.L. (1991): Use of carbon monoxide breath validation in assessing exposure to cigarette smoke in a worksite population. Health Psychology 10(4): 296-301.

Pfluger, T./Biedermann, A./Salis Gross C. (2008): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Schlussbericht an den Schweizerischen Tabakpräventionsfonds. Public Health Services. Herzogenbuchsee. www.transpraev.ch, Zugriff 24.06.2009.

Schmid, M., Zellweger, U./Gutzwiller, F. (2007): Evaluation der Rauchentwöhnungskurse der Fachstelle «nicht mehr rauchen» 2001-05. Effektivität und Erfolgsfaktoren. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich / Forschung und Dokumentation; Nr. 31. Zürich.

Salis Gross, C. (2009): Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Schlussbericht an den Tabakpräventionsfonds. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Zürich. www.bag.admin.ch/tabak_praevention, Zugriff 01.07.2009.

Schnoz, D./Schaub, M./Cangatin, S./Salis Gross C. (2008): Rauchstopp-Kurse 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». ISGF; Forschungsbericht Nr. 263. Zürich. www.isgf.ch, und www.bag.admin.ch/tabak_praevention, Zugriff 24.6.2009.

Stevens, W./Thorogood, M./Kayikki, S. (2002): Cost-effectiveness of a community anti-smoking campaign targeted at a high risk group in London. Health Promotion International 17(1): 43-50.

Endnoten

1 BAG 2007a.
2 Die zweithöchste Rate unter den Migrationsgruppen betraf mit 41% (Männer), resp. 33% (Frauen) Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien.
3 vgl. dazu Pfluger et al. 2008.
4 Der Tabakpräventionsfonds wurde eingerichtet, um insbesondere Präventionsmassnahmen zu finanzieren, die den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern, den Ausstieg fördern und die Bevölkerung vor Passivrauch schützen. Der Tabakpräventionsfonds wird durch die Abgabe von 2.6 Rappen pro verkaufte Zigarettenpackung finanziert. www.bag.admin.ch/tabak_praevention
5 Salis Gross 2009.
6 BAG 2007b: 39.
7 vgl. BAG 2007a, Gabadinho & Wanner 2008.
8 vgl. Stevens et al. 2002.
9 Gemäss Angaben des Herstellers bedfont© bleibt Kohlenmonoxid (CO)-abhängig von verschiedenen Faktoren – bis zu 24 Stunden lang im Blutkreislauf. D. h., dass das Rauchen – oder das starke Passivrauchen – innerhalb der letzten 24 Stunden, durch eine CO-Messung erfasst werden kann. Bei sachgemässer Verwendung gelten die Ergebnisse der CO-Messgeräte als sehr aussagekräftig bei moderaten und starken RaucherInnen (vgl. z.B. Lando et al. 1991).
10 vgl. dazu Schnoz et al. 2008.
11 z.B. Schmid et al. 2007.
12 Meistens wurden diese Produkte wie gängige Kaugummis gekaut, was starke Übelkeit hervorrufen kann und die ausreichende Resorption des Nikotins durch die Mundschleimhäute verhindert.
13 Die Entscheidung, ob und welche Form der Nikotinsubstitution angewandt wurde, ist von den Teilnehmenden jeweils individuell gefällt worden.
14 vgl. Christakis & Fowler 2008; Bond 2009.
15 www.isgf.ch
16 www.bag.admin.ch/tabak_prävention