



SUCHT | SCHWEIZ

Lausanne, Januar 2017
Forschungsbericht Nr. 86

Grundlagen der Tabakprävention für Kinder und Jugendliche im Setting Familie

Analyse der internationalen Literatur und Einschätzungen von im Setting tätigen Akteurinnen und Akteuren in der Schweiz

Simon Marmet
Marie-Louise Ernst
Sandra Kuntsche

*Dieses Projekt wurde finanziert vom Tabakpräventionsfonds (TPF), Bern
(Vertrag Nr. 16.019087 / 240.0007 -13/7)*

PRÄVENTION | HILFE | FORSCHUNG

Dank

Wir bedanken uns sehr herzlich bei Frau Theresia Reiter für ihre hervorragende Arbeit bei der Literatursuche und –dokumentation sowie der Organisation der Fokusgruppen. Ferner bedanken wir uns bei Frau Marion Forel für die Durchführung der französischsprachigen Interviews und der Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit den Fachpersonen der Romandie und bei Frau Edith Bacher für ihre wertvolle Hilfe beim Layout und Referenzieren des Berichtes. Darüber hinaus gilt unser Dank den Fachpersonen, die im Rahmen der Fokusgruppen und Interviews ihr wertvolles Wissen beigesteuert haben.

Impressum

Auskunft:	Sandra Kuntsche, ++41 (0)21 321 29 56, skuntsche@addictionsuisse.ch
Bearbeitung:	Simon Marmet, Marie-Louise Ernst, Sandra Kuntsche
Vertrieb:	Sucht Schweiz, Forschung, Postfach 870, 1001 Lausanne, Tel. ++41 (0)21 321 29 46, Fax ++41 (0)21 321 29 40 ebacher@addictionsuisse.ch
Bestellnummer:	Forschungsbericht Nr. 86
Grafik/Layout:	Sucht Schweiz
Copyright:	© Sucht Schweiz Lausanne 2017
ISBN:	978-2-88183-209-3
Zitierhinweis:	Marmet, S., Ernst, M.-L., & Kuntsche, S. (2017). <i>Grundlagen der Tabakprävention für Kinder und Jugendliche im Setting Familie - Analyse der internationalen Literatur und Einschätzungen von im Setting tätigen Akteurinnen und Akteuren in der Schweiz</i> (Forschungsbericht Nr. 86). Lausanne: Sucht Schweiz.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	9
Einleitung und Methode	9
Kontext	9
Evidenz	10
Akteure	11
Partizipation	12
Empfehlungen	12
1 Zielsetzung des vorliegenden Berichtes	13
2 Methodik	15
2.1 Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche zur internationalen Evidenz	15
2.1.1 Überblick über die verwendeten Datenbanken und Suchbegriffe	15
2.1.2 Vorgehen bei der Auswahl der Studien	15
2.2 Methodisches Vorgehen bei der Befragung von Fachpersonen im Setting Familie	18
2.2.1 Auswahl der befragten Fachpersonen im Setting Familie	18
2.2.2 Zusammensetzung und Durchführung der Fokusgruppe	19
2.2.3 Telefonische Interviews	19
3 Kontext: Entwicklung der Familie in der Schweiz	20
3.1 Definition des Begriffs Familie	20
3.2 Familie im gesellschaftlichen Wandel	21
3.2.1 Steigendes Alter bei Eheschliessung und Geburt	21
3.2.2 Rückgang der Geburtenrate	22
3.2.3 Rückgang der Anzahl an Eheschliessung und Anstieg der Scheidungsrate	23
3.2.4 Mögliche Gründe für diese Veränderungen	25
3.3 Kulturelle Unterschiede in der Definition der Familie	26
3.4 Familie als Präventionsinstanz für Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen	26
3.4.1 Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz	26
3.4.2 Aktuelle Entwicklungen und Gründe für Tabakprävention im Setting Familie	27
3.4.3 Einfluss des elterlichen Erziehungsstils und elterlichen Verhaltens	27
3.4.4 Bedeutung von Autonomiebestrebungen auf familiäre Bindungen	28
3.4.5 Begleitung von Lebensübergängen	28

3.5	Meinung der befragten Fachpersonen	29
3.6	Diskussion der Ergebnisse	29
4	Erfolgsversprechende Ansätze der Tabakprävention im Setting Familie	31
4.1	Überblick zu den wissenschaftlichen Evidenzen basierend auf der internationalen Literaturrecherche.....	31
4.2	Vorgeburtliche Massnahmen und Massnahmen im Säuglings- und Kleinkindalter	33
4.2.1	Internationale Evidenz	33
4.2.2	Beispiele innovativer Massnahmen	34
4.2.3	Erfolgsfaktoren bei vorgeburtlichen Massnahmen.....	36
4.3	Kleinkindalter: Programme zum Schutz vor Passivrauchen in der Familie.....	36
4.3.1	Internationale Evidenz	36
4.3.2	Beispiele innovativer Massnahmen	37
4.3.3	Erfolgsfaktoren bei Massnahmen im Kleinkindalter.....	38
4.4	Kindes- und frühes Jugendalter: Aufbau protektiver Faktoren	39
4.4.1	Internationale Evidenz	39
4.4.2	Einschub: Lebenskompetenzmodelle	39
4.4.3	Erfolgsfaktoren bei Massnahmen im Kindes- und frühen Jugendalter.....	40
4.5	Jugendalter: Rauchbeginn verhindern oder hinauszögern	40
4.5.1	Internationale Evidenz zu individuellen Massnahmen	40
4.5.2	Allgemeine Merkmale erfolgreicher Programme	41
4.5.3	Mehrebenenansätze	42
4.5.4	Strukturelle Ansätze.....	43
4.5.5	Beispiele innovativer Massnahmen	43
4.5.6	Ältere Jugendliche (16+)	45
4.5.7	Erfolgsfaktoren bei Massnahmen im Jugendalter.....	45
4.6	Meinung der befragten Fachpersonen	46
4.6.1	Verbreitung und Anwendbarkeit der in der Literatur gefundenen Ansätze in der Schweiz.....	46
4.6.2	Nachfrage nach zielgruppenspezifische Ansätzen	47
4.6.3	Gewichtung unterschiedlicher präventiver Massnahmen durch Fachpersonen	47
4.6.4	Weitere Anregungen durch die Fachpersonen basierend auf eigenen Erfahrungen	48
4.7	Diskussion der Ergebnisse	49
5	Netzwerke und Akteure im Setting Familie.....	51

5.1	Zusammenfassung der allgemeinen Eindrücke der Fokusgruppendifkussion	51
5.2	Kenntnis bestehender Angebote, wahrgenommener Erfolgsfaktoren sowie Lücken im Angebot.....	51
5.3	Erwartungen und Vorbehalte der Fachpersonen	53
5.4	Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit bereits im Setting aktiven Organisationen.....	56
5.5	Diskussion der Ergebnisse	58
6	Partizipation von Multiplikatoren und Zielgruppe in tabakpräventiven Massnahmen.....	60
6.1	Einschätzung der Fachpersonen	60
6.2	Einbezug der wissenschaftlichen Evidenz.....	60
6.3	Diskussion der Ergebnisse	61
7	Schlussfolgerungen und Limitationen	62
7.1	Schlussfolgerungen.....	62
7.2	Limitationen.....	63
8	Empfehlungen.....	65
9	Referenzen	68
10	Anhänge	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Überblick über die verschiedenen tabakpräventiven Massnahmen nach Lebensalter der Kinder und Jugendlichen.....	32
------------	--	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung:	Zentrale Ansätze im Setting Familie der Tabakprävention nach Alter	11
Abbildung 1:	Flowdiagramm Literaturrecherche «Tabakprävention und -intervention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Familie» (Stand: 30.11.2016)	17
Abbildung 2:	Trend des mittleren Alters bei Erstheirat nach Geschlecht und mittleres Alter der Mutter bei Erstgeburt, 1971-2015, basierend auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)	22
Abbildung 3:	Trend der zusammengefassten Geburtenziffer ¹ , 1950-2015, basierend auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)	23
Abbildung 4:	Trend der zusammengefassten Erstheiratsziffer nach Geschlecht, 1971-2015, basierend auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)	24
Abbildung 5:	Trend der zusammengefassten Scheidungsziffer, 1971-2015, basierend auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)	25

Zusammenfassung

Einleitung und Methode

Ziel des Berichtes war es, im Setting Familie Erkenntnisse in vier unterschiedlichen Bereichen der Tabakprävention zu erlangen: (1) **Kontext des Settings Familie** (Beantwortung von Fragen nach der Systemlogik, den Organisationsprinzipien, Regeln und Werten, Chancen und Opportunitäten, Hindernissen und Risiken des Settings); (2) **Akteure im Setting Familie** (Erwartungen und Vorbehalte der Multiplikatoren / Akteure bezüglich Tabakprävention sowie potenzielle Kollaborationen mit bestehenden Organen und / oder Programmen); (3) **Evidenzen zu tabakpräventiven Massnahmen im Setting Familie** (Literatursuche zur internationalen Evidenz, erfolgsversprechenden Ansätzen und good-practice Kriterien); (4) **Partizipation oder Einbezug der Zielgruppe im Setting Familie** (Methoden, Projektphasen, Erfolgsfaktoren und "does and don'ts" beim Zielgruppeneinbezug).

Zur Beantwortung der obengenannten Fragestellungen wurde einerseits eine **Literaturanalyse** zu aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich der Tabakprävention und allgemeinen Gesundheitsförderung im Setting Familie erstellt. Andererseits wurden die Erwartungen und Vorbehalte der Multiplikatoren bzw. Akteure im Rahmen einer **Fokusgruppe und in Interviews** zusammengetragen. Als Multiplikatoren oder Akteure wurden Personen aus dem betreuenden, sozialen oder auch medizinischen Bereich mit regelmässigem Kontakt zu Familien oder Kindern und Jugendlichen definiert.

Kontext

Die Familie ist die erste und wichtigste Sozialisierungsinstanz in unserer Gesellschaft. Sie erzieht und sozialisiert die Kinder basierend auf den gesellschaftlichen Werten, bietet sozial wie auch wirtschaftlich Schutz und Fürsorge und sorgt für die gesellschaftspolitische Absicherung der Kinder. Der Familienbegriff unterliegt dabei jedoch einem ständigen gesellschaftlichen Wandel und wurde in den letzten Jahrzehnten um zahlreiche neue Familienformen erweitert, weswegen für den Erfolg tabakpräventiver Massnahmen die Verwendung eines integrativen Familienbegriffs wichtig ist.

Es spricht viel dafür, Tabakprävention im Setting Familie zu betreiben. Elterliche Einstellungen und Verhaltensweisen haben einen essentiellen Einfluss auf den (späteren) Substanzkonsum ihrer Kinder. Elterliche Erziehungs- und Kommunikationsstile sowie ihre eigenen Haltungen gegenüber Suchtmitteln wie Tabak werden als einige der bedeutendsten Schutzfaktoren zur Vorbeugung von Substanzproblemen bei Kindern und Jugendlichen gesehen. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, den elterlichen oder familiären Einfluss für die Prävention des Tabakkonsums bzw. die Gesundheitsförderung allgemein zu nutzen.

Tabakprävention im familiären Umfeld hat viel Potential, dies legt der Stand der aktuellen Forschung nahe. Prävention sollte in Hinblick auf den Schutz des ungeborenen Kindes bereits in der Schwangerschaft ansetzen. Massnahmen zum Schutz vor Schäden durch Passivrauchen können darüber hinaus über die gesamte Kindheit bis ins Jugendalter hinweg ebenso einen wichtigen Beitrag leisten, wie die eher allgemein und zumeist nicht spezifisch auf Substanzkonsum ausgerichteten Ansätze zur Stärkung von Lebenskompetenzen im Kindes- und frühen Jugendalter. Die Prävention eines möglichen Konsumanstiegs oder –steigerung wird im Jugendalter relevant.

Der elterliche Einfluss ist in all diesen Altersgruppen nicht zu unterschätzen. Eltern übernehmen für ihre Kinder eine Vorbildrolle bzw. leiten sie zu einem zunehmend eigenständigen Leben an. Der Erziehungsstil sowie die Reaktion und Akzeptanz der Eltern bezüglich jugendlicher Autonomiebestrebungen spielen dabei ebenso eine zentrale Rolle, wie die Begleitung bei Lebensübergängen. Letztere bieten der Prävention ideale Eintrittspforten, da mit Lebensübergängen häufig eine Verunsicherung der Eltern in

ihrer Rolle einhergeht, in welcher sie für unterstützende Angebote zumeist offener sind als in anderen Lebensphasen.

Tabakprävention im Setting Familie sieht sich mit Herausforderungen konfrontiert: Aufgrund grundlegender gesellschaftlicher Veränderungen in Form von verlängerter Ausbildungsphase, einem höheren Anteil berufstätiger und finanziell unabhängiger Frauen, einer resultierenden geringeren Heirats- und Geburtenrate sowie einer steigenden Zahl an Scheidungen kam und kommt es zu bedeutenden gesellschaftlichen Neudefinitionen und Erweiterungen des Systems Familie, welche in der Tabakprävention zwingend berücksichtigt werden müssen. Prävention sollte entsprechend zielgruppengerecht ausgerichtet sein und auch neue Familienformen sowie benachteiligte Familien oder diejenigen mit Migrationshintergrund berücksichtigen.

Evidenz

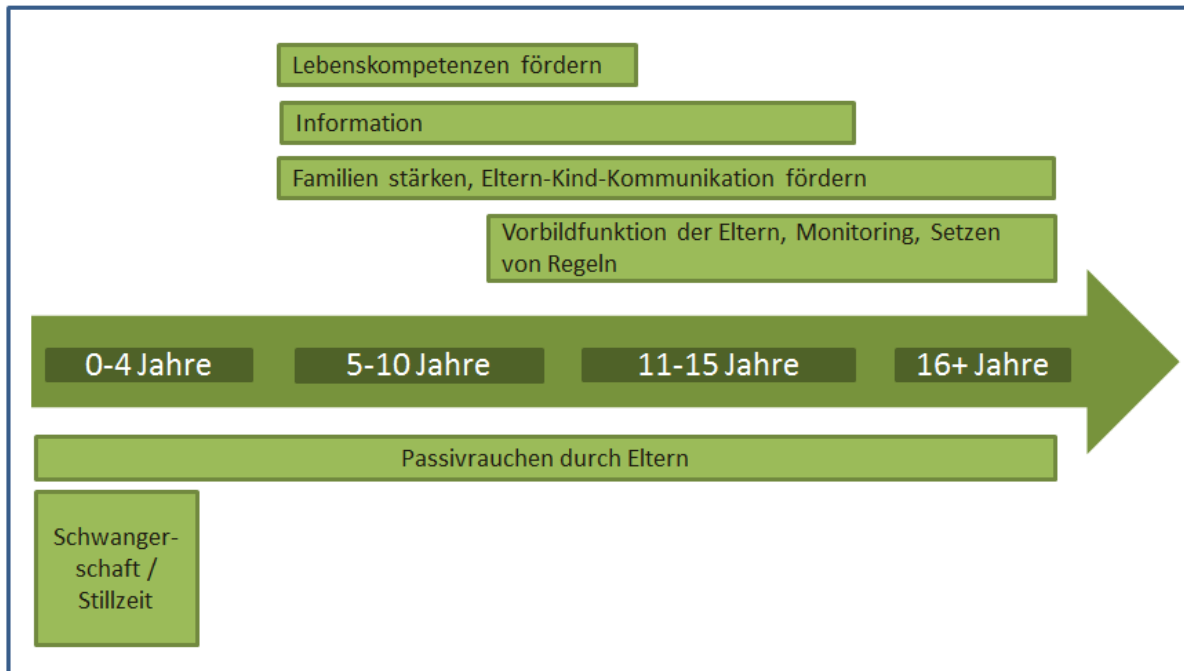
Die Tabakprävention im Setting Familie beginnt bei **schwangeren Frauen zum Schutz des ungeborenen Kindes** und dem Schutz vor schädlichen Auswirkungen des elterlichen Tabakkonsums **während der Stillzeit und im Kleinkindalter (0-4 Jahre)**. In dieser Zielgruppe ist das Berücksichtigen der Lebensumstände der jeweiligen Person wichtig, um Massnahmen zur Tabakprävention gezielt an diese anpassen zu können. Potential haben auch der Einbezug des Partners sowie das Setzen von finanziellen Anreizen. Wichtig ist, dass auch der Rauchstopp nach der Schwangerschaft thematisiert wird, da viele Frauen nach der Geburt ihres Kindes erneut rauchen. Intensive Programme erwiesen sich als etwas effektiver als einmalige Massnahmen, gleichzeitig sollten Programme nicht überladen werden und von hoher Qualität sein.

Ein weiteres zentrales Präventionsziel ist der **Schutz der Kinder vor Passivrauchen** in der Familienwohnung oder anderen geschlossenen Räumen, wie etwa Autos. Hier sollte neben einem Rauchstopp auch die Schaffung einer rauchfreien Umgebung (Wohnung, Auto) für die Kinder gefördert werden. Das Nutzen von aktuellen Lebensereignissen, wie etwa der Besuch eines Spitals mit einem kranken Kind, sowie das Verwenden von Biomarkern zum Aufzeigen der Exposition der Kinder, sind dabei erfolgsversprechende Ansätze. Interventionen in der Familie sollten, wenn möglich, mit Massnahmen auf anderen Ebenen kombiniert werden.

Im **Kindesalter (5 bis 10 Jahre)** können durch Stärkung der Familie, gute Rollenvorbilder der Eltern sowie die Verbesserung der sozialen Kompetenzen der Kinder gute Voraussetzungen geschaffen werden, dass Kinder im späteren Jugendalter besser mit Suchtmitteln umzugehen wissen. Das Thematisieren der Suchtmittel selber ist in dieser Altersgruppe eher sekundär. Massnahmen zum Schutz vor Passivrauchen bleiben jedoch auch in dieser Altersgruppe von Relevanz.

Im **Jugendalter (11 bis 15 Jahre)** besteht die Zielsetzung präventiver Massnahmen darin, die Jugendlichen in dieser kritischen Phase vom Einstieg in den Konsum bzw. der Entwicklung zum (regelmässigen) Rauchen abzuhalten. Für das Setting Familie sind in diesem Zusammenhang die Stärkung der elterlichen Rolle und Kompetenzen wichtig. Ein autoritativer Erziehungsstil, elterliches Monitoring der Aktivitäten der Kinder und klare Regelsetzung sollten gefördert werden, Grundlage hierfür ist eine gute Eltern-Kind-Kommunikation. Vielversprechend sind Ansätze, die über mehrere Ebenen (Familie plus Schule, Freizeit, Gemeinde) agieren. Damit können einerseits Präventionsbotschaften auf unterschiedlichen Kanälen an die Zielgruppe herangebracht werden, andererseits werden Eltern über die Schule zumeist am besten erreicht. Intensivere Programme sind in der Regel erfolgreicher. Ferner sind eine gute Ausbildung möglicher Multiplikatoren und die Überwachung der Qualität der Implementation der Interventionen wichtig.

Abbildung: Zentrale Ansätze im Setting Familie der Tabakprävention nach Alter



Die vorhergenannten Aspekte bleiben auch im Alter von **16 Jahren und mehr** zentral, jedoch wird der Einfluss der Familie zunehmend geringer. Zudem kommen Rauchstoppmassnahmen hinzu.

Bei allen Altersgruppen ist es wichtig, **zielgruppenorientiert** vorzugehen, um auf besondere Gefährdungen und Bedürfnisse Rücksicht nehmen zu können. Empfohlen wurde die Schaffung von Programmen für die Migrationsbevölkerung, sozioökonomisch schlechter gestellte Familien (insbesondere auch alleinerziehende Eltern) sowie die Landbevölkerung. Darüber hinaus stellt das Geschlecht der Zielgruppe einen wichtigen Faktor dar. Aktuell sprechen familienbasierte Massnahmen häufig vor allem Mütter an. Um die Väter zukünftig besser erreichen zu können, sind innovative Ansätze nötig. Auch bei den Kindern und Jugendlichen sollte darauf geachtet werden, Jungen wie auch Mädchen anzusprechen.

Familienbasierte Interventionen zielen in der Regel auf die **Verhaltensebene** der Zielgruppe, parallel dazu wurde jedoch auch eine Intervention auf der **Verhältnisebene** angeregt, etwa um die zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Familien zu stärken, den Zugang zu Tabakwaren für Jugendliche zu erschweren und die Werbung für Tabakprodukte im Umfeld der Jugendlichen einzuschränken.

Akteure

Die in den Fokusgruppen und Interviews befragten Fachpersonen sprachen sich dafür aus, dass **Tabakprävention im Setting Familie idealerweise Teil ein Bündel an Massnahmen** sein sollte und nicht in Form einer isolierten, rein auf Tabak fokussierten Intervention erfolgen sollte. Massnahmen sollten dabei **in bestehende Angebote integriert** werden. Die Schaffung neuer Zugänge war für die Fachleute nicht angezeigt. Ferner sollten die Bedürfnisse und akuten Probleme der Familie berücksichtigt werden, um Kontaktabbrüche zu vermeiden. Zudem wurde angeregt, in etwaigen Programmen den **Suchtmittelkonsum im grösseren Kontext** zu betrachten, also Gründe für den Konsum, Alternativen und Ressourcen zu berücksichtigen. Der Zugang zu tabakpräventiven Programmen sollte eher **niederschwellig und** so weit möglich **kostenlos** für die Betroffenen sein. Zudem sollte **keine Stigmatisierung des Tabakkonsums** und rauchender Eltern erfolgen, da dies zu Schuldgefühlen, emotionalem Stress und Kontaktabbruch führen kann. Zudem sollte auch bereits bei Teilerfolgen, etwa einer rauchfreien Wohnung oder

einem reduzierten Tabakkonsum, Wertschätzung für die Bemühungen der Klientinnen und Klienten gezeigt werden.

Den Fachpersonen ist schweizweit bereits eine Reihe von familienbasierten Programmen bekannt. **Jedoch sind die bestehenden Programme zumeist nicht tabakspezifisch.** Die Akteure erkennen zwar generell die Wichtigkeit von Tabakprävention, jedoch stehen zumeist andere Probleme im Vordergrund oder es steht zu wenig Zeit zur Verfügung, um beispielsweise alle vorgesehenen gesundheitsrelevanten Themen im Detail zu besprechen (etwa im Rahmen von Arztkonsultationen).

Aktuell werden viele Eltern über die Schule der Kinder erreicht. Dies wird generell von den Fachleuten als einer der vielversprechendsten Zugangswege zu Familien angesehen, da die Mehrheit der Eltern zumindest ab und an Kontakt zur Schule hat. Ferner erreichen zahlreiche bestehende Präventionsansätze die **Familien über das Gesundheitssystem.** Ein zentraler Fokus liegt hier aktuell auf Kinderärzten und Kinderärztinnen. Schwangere oder junge Mütter können darüber hinaus durch die sie betreuenden Ärzte oder Ärztinnen (Gynäkologie), Hebammen oder Stillberaterinnen erreicht werden.

Für die Tabakprävention im Setting Familie empfiehlt sich die **Zusammenarbeit** mit Dachverbänden, vielversprechende Bereiche sind neben der Schule auch allgemein das Gesundheitswesen, Kinderbetreuung, Familienberatungsstellen, aber auch Arbeitgeber und Vereine.

Partizipation

Potentielle **Multiplikatoren sollten bereits in die Entwicklung möglicher Projekte einbezogen werden.** Dies erlaubt die Sicherstellung einer optimalen Koordination und Kooperation und das massgenaue Zuschneiden von Programmen auf die Praxis. Dabei sollte idealerweise auf mehreren Ebenen vorgegangen werden, um eine umfassende Wirkung zu ermöglichen. Auch die Eltern und Kinder bzw. Jugendlichen, d.h. die **Zielgruppe selbst, sollten bereits frühzeitig in die Projektplanung einbezogen werden,** damit präventive Massnahmen nicht an deren Lebenswelt vorbei geplant werden, sondern vielmehr einen direkten Bezug zur Zielgruppe herstellen. Der Einbezug der Kinder scheint dabei erst ab dem Grundschulalter relevant.

Empfehlungen

Die wichtigsten Merkmale erfolgreicher Tabakprävention im Setting Familie fanden bereits im Kapitel Evidenz des Kurzberichts Erwähnung. Im Bericht werden eine Reihe von konkreten Empfehlungen genannt. Diese umfassen neben Empfehlungen bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen auch die Inhalte möglicher Programme sowie eine Liste relevanter Multiplikatoren und möglicher Kooperationspartnern für zukünftige Tabakpräventionsprogramme für Kinder und Jugendliche im Setting Familie.

1 Zielsetzung des vorliegenden Berichtes

In der Massnahmenplanung zur nationalen Strategie Sucht 2017 – 2024 des BAG (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2016) wird betont, dass in der Kindheit und dem Jugendalter wichtige Grundlagen für das spätere Gesundheitsverhalten gelegt werden, welche in der Folge für das weitere Leben eine zentrale Rolle spielen. In diesem Zusammenhang wird auch die wichtige Rolle der Familie bei der Förderung eines gesunden Lebensstils hervorgehoben. In diesem Zusammenhang können tabakspezifische Präventionsmassnahmen im Setting Familie, wie auch substanzübergreifende oder sogar problemübergreifende Prävention, einen grossen Beitrag zum Ziel einer nachhaltigen Gesundheitsförderung beitragen.

Zielsetzung des, diesem Bericht zugrundeliegenden, vom Tabakpräventionsfond ausgeschriebenen Mandates, war es, im Setting Familie Erkenntnisse in vier unterschiedlichen Bereichen der Tabakprävention zu erlangen:

1. **Kontext des Settings Familie:** Beantwortung von Fragen nach der Systemlogik, den Organisationsprinzipien, Regeln und Werten, Chancen und Opportunitäten, Hindernissen und Risiken des Settings, nach denen sich die Tabakprävention richten sollte und welchen Entwicklungen und Lebensbedingungen Familien in der Schweiz ausgesetzt sind;
2. **Akteure im Setting Familie:** Ziel war es, die Erwartungen und Vorbehalte der Multiplikatoren / Akteure bezüglich Tabakprävention zu beleuchten sowie potenzielle Kollaborationen mit bestehenden Organen und / oder Massnahmen aufzuzeigen.
3. **Evidenzen zu tabakpräventiven Massnahmen im Setting Familie:** Basierend auf einer Literatursuche zu internationalen Evidenzen sollten erfolgsversprechende Ansätze und good-practice Kriterien aufgezeigt, Arten und Handlungsebenen für Tabakprävention dokumentiert und Gründe für die Tabakprävention im familiären Setting benannt werden.
4. **Partizipation oder Einbezug der Zielgruppe im Setting Familie:** Es sollten Methoden, Projektphasen, Erfolgsfaktoren und does and don'ts für den Zielgruppeneinbezug erfasst werden.

Die Struktur des vorliegenden Berichtes orientiert sich dabei an den obengenannten Punkten.

Zur Beantwortung der obengenannten Fragestellungen in den vier Bereichen wurde einerseits eine Übersicht und Zusammenfassung der bestehenden Literatur sowie der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich der Massnahmen zur Tabakprävention und allgemeinen Gesundheitsförderung im Setting Familie erstellt. Andererseits wurden die Erwartungen und Vorbehalte der Multiplikatoren bzw. Akteure im Setting Familie zusammengetragen. Als Multiplikatoren oder Akteure wurden Personen aus dem betreuenden, sozialen oder auch medizinischen Bereich mit regelmässigem Kontakt zu Familien oder Kindern und Jugendlichen definiert. Die Arbeiten im Rahmen der vorliegenden Studie wurden entsprechend in zwei Module eingeteilt:

Modul 1 Internationale Evidenz – Literaturanalyse

Der Fokus lag auf der Erstellung eines aktuellen Überblicks zum Stand der internationalen Evidenz im Bereich der Tabakprävention. Dabei wurde der aktuelle Stand der Forschung zu best-practice, Risiko- und Schutzfaktoren in der Altersgruppe der 0- bis 25-Jährigen im Rahmen dieses Berichtes nach Altersgruppen getrennt aufgearbeitet. Ziel dieses Moduls war es, vorrangig Fragestellungen im Bereich der internationalen empirischen Evidenz zu beantworten und Aussagen zu Erfolgs- (bzw. Misserfolgs-) faktoren treffen zu können (vgl. Kapitel 4). In einer separaten Analyse der schweizerischen Situation und der Entwicklung des Settings Familie galt es, Kontextmerkmale des Settings zu identifizieren und zusammenzutragen (vgl. Kapitel 3).

Modul 2 Bedürfnisse der Akteure – Fokusgruppen und Interviews mit Fachpersonen des Settings

Dieses Modul hatte zum Ziel, insbesondere Fragen aus den Bereichen Akteure sowie Partizipation zu beleuchten (vgl. Kapitel 5 und 6). Zu diesem Zweck wurden durch die Präventionsexpertinnen und –experten von Sucht Schweiz im Setting Familie aktive Akteure und Multiplikatoren für eine Fokusgruppe bzw. Interviews mit Fachkräften gewonnen und zu ihren Erwartungen, Vorbehalten und Einstellungen bezüglich Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Familie befragt.

Der vorliegende Bericht und die ihm zugrundeliegenden Daten sind dabei Bestandteil einer grösseren Studie, die neben diesem auch Berichte zu den Settings Bildung (Windlin, Schneider, Marmet, & Delgrande Jordan, 2017) und Freizeit (Archimi, Schneider, Homberg, Stauffer Babel, & Kuendig, 2017) umfasst, deren Realisierung einem vergleichbaren Vorgehen folgt. Ferner erstellte die Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) Bericht zu den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen (Heeg, Steiner, Nieuwenboom, & Schmid, 2017).

2 Methodik

2.1 Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche zur internationalen Evidenz

2.1.1 Überblick über die verwendeten Datenbanken und Suchbegriffe

Die Literaturrecherche wurde im Jahr 2016 in Kalenderwoche 33 realisiert. Zur Akquise und Analyse der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Publikationen im Bereich der Tabakprävention und -intervention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Familie wurden die folgenden psychologischen und medizinischen Datenbanken ausgewählt:

- PubMed,
- MEDLINE,
- Eric,
- PsycINFO und
- Web of Science

Die Schlüsselbegriffe für die Literaturrecherche wurden gemäss dem Setting (Familie), der Substanz/des Verhaltens (Tabak/Rauchen), der durchgeführten Maßnahmen (Prävention/Intervention) und der Zielgruppe (Kinder/Jugendliche) wie folgt definiert:

- *parent* or family or pregnancy or maternity or paternity AND*
- *smok* or tobac* or cigaret* AND*
- *intervention or prevention AND*
- *child* or infant or adolesc* or young adult or young or youth or teen* or juvenile*

Die medizinische Literaturdatenbank PubMed weist dabei eine differenzierte Indexierung eines Großteils der Publikationen mit sogenannten Medical Subject Headings (MeSH) auf. Um auch neuere, nicht bereits indexierte Studien in der Recherche erfassen zu können, wurden sowohl die mit MeSH-Terms indexierten, als auch die noch nicht indexierten Veröffentlichungen in separaten Suchdurchläufen berücksichtigt. Neben der Suche nach relevanten Einzelstudien wurden alle Datenbanken zudem mit den oben beschriebenen Suchkriterien nach Reviews und Metaanalysen analysiert. Zu diesem Zweck wurde innerhalb der MeSH-Term-Suche je ein Durchlauf mit den aktivierten Filtern «Clinical Trial» und «Reviews» durchgeführt.

Die Literatursuche wurde ferner in allen Datenbanken ausschließlich auf Publikationen der letzten zehn Jahre (2006 bis 2016) und jene, die in den Sprachen Deutsch, Französisch und Englisch publiziert wurden, beschränkt. Ferner wurde das Alter der Zielgruppe (0 bis einschliesslich 25 Jahre) als weiteres Filterkriterium verwendet.

2.1.2 Vorgehen bei der Auswahl der Studien

Nach Ausschluss der Duplikate mithilfe des Literaturverwaltungsprogramms Endnote konnten basierend auf den verwendeten Schlüsselbegriffen (siehe oben) in den genannten Datenbanken 786 Artikel ermittelt werden.

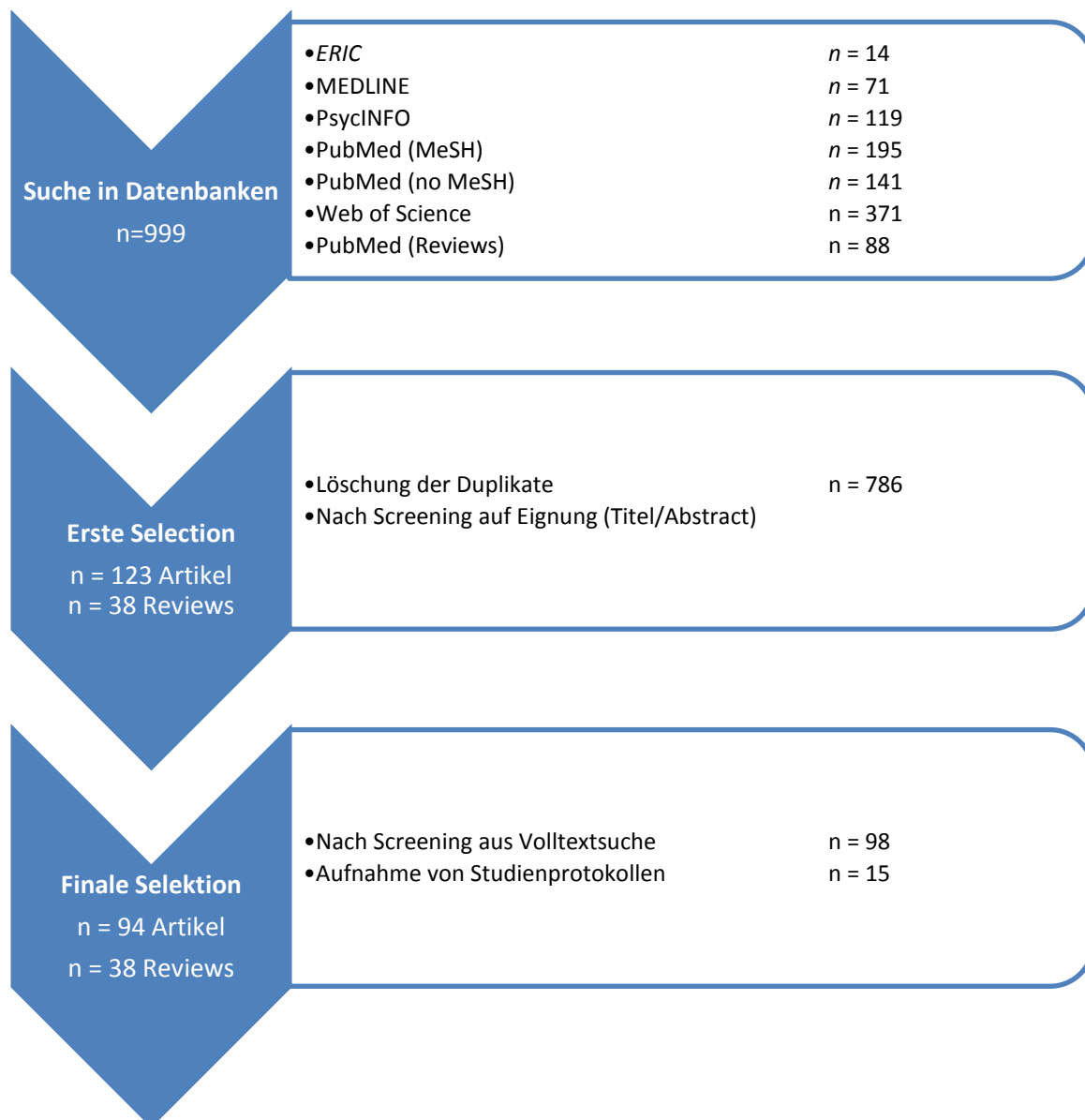
Zur Bestimmung der für die vorliegende Studie relevanten Publikationen wurden folgende weitere Einschlusskriterien gemäss wissenschaftlichen Standards (siehe z.B. Akobeng, 2008; Chandler, Churchill, Higgins, Lasserson, & Tovey, 2013; Webster-Stratton & Taylor, 2001) definiert:

- Relevanz der Studie für das Setting Familie
- Zielpopulation: Altersgruppe der 0 - bis 25-Jährigen
- Studientyp: (systematische) Reviews oder Metaanalysen, Einzelstudien
- Evaluationstyp: Ergebnisse zur Wirksamkeit der Intervention
- Zielverhalten: Ergebnisse zur Verhinderung/Verzögerung des Raucheinstiegs, Verringerung des Tabakkonsums, Rauchstopp (vorher/nachher-Messungen)
- Methodische Qualität der Einzelstudien: Randomisierte Kontrollgruppendesigns wurden favorisiert

Parallel zur Auswahl der für das Kapitel 4 («Evidenz») genutzten Reviews und evaluierten Einzelstudien wurden ferner auch Studienprotokolle aktuell sich im Feld befindender, randomisierter und mit Kontrollgruppen evaluierter Studien identifiziert, um so den Einbezug neuester Entwicklungen gewährleisten zu können. Studienprotokolle beschreiben sehr genau, wie eine geplante Studie im Detail ablaufen soll, liefern jedoch noch keine Resultate bezüglich deren Evidenz.

Abbildung 1 bietet einen Überblick über die in den einzelnen Datenbanken identifizierten und ausgewählten Einzelstudien und Reviews.

Abbildung 1: Flowdiagramm Literaturrecherche «Tabakprävention und -intervention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Familie» (Stand: 30.11.2016)



Durch ein erstes Screening der Titel und Zusammenfassungen (Abstracts) hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit bezüglich der obenstehenden inhaltlichen und methodischen Aufnahmekriterien wurden 123 Publikationen (inklusive 38 Reviews) für die Volltextsuche bestimmt. Die Volltexte wurden abermals und detaillierter auf ihre Eignung für die Fragestellung und das Setting sowie die Erfüllung methodischer Kriterien wie Kontrollgruppendesign, Randomisierung der teilnehmenden Personen und Forschungsevaluation geprüft, dies ergab 98 Einzelstudien und 38 Reviews. In der finalen, diesem Bericht zugrundeliegenden, Selektion wurden 94 Einzelstudien (inklusive Studienprotokolle) und 38 Reviews berücksichtigt (siehe auch Abbildung 5).

Hinsichtlich der Auswahl der innovativen Studien haben sich die Autoren auf Ansätze begrenzt, welche die in den einzelnen Altersgruppen identifizierten Erfolgsfaktoren möglichst umfassend berücksichtigen, über eine gute Studienqualität verfügen, evaluiert sind (oder aktuell werden: Studienprotokolle) und darüber hinaus neue Ansätze zur Zielerreichung berücksichtigen. Die Auswahl der im Folgenden als innovative Ansätze präsentierten Studien hat dabei einen illustrativen und beispielhaften Charakter. Sie erfolgte rein subjektiv und spiegelt allein die Meinung der Autorinnen und Autoren; sie bedeutet keinesfalls eine mangelnde Qualität anderer, hier nicht berücksichtigter Studien.

An dieser Stelle möchten die Autorinnen und Autoren darauf verweisen, dass mit der für diesen Bericht verwendeten Methodik nur evaluierte Studien berücksichtigt werden konnten. Diese Einschränkung war notwendig, da die Aufgabe des vorliegenden Berichtes in der Zusammenstellung der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz lag. Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass eine mangelnde Evaluation nicht mit Ineffektivität theoriebasierter Präventionsmassnahmen gleichgesetzt werden kann. Ferner erlaubte diese Selektion die grosse Anzahl in Frage kommender Studien auf eine im Rahmen eines Berichtes nutzbare Anzahl zu reduzieren.

2.2 Methodisches Vorgehen bei der Befragung von Fachpersonen im Setting Familie

Ziel des Einbezugs von bereits im Setting Familie tätigen Akteuren und Multiplikatoren war es, Einblicke in deren Erwartungen und Vorbehalte sowie in ihre Bedürfnisse und mögliche Hindernisse für tabakpräventive Massnahmen in diesem Setting zu gewinnen. Zudem sollten die Angaben der Fachpersonen dafür genutzt werden, Aussagen zu im Setting Familie relevanten Netzwerken und Organisationen zu erhalten und die Möglichkeiten bzw. Notwendigkeit des Einbezugs der Zielgruppe näher zu beleuchten. Die Befragung der Fachpersonen erfolgte dabei einerseits im Rahmen einer Fokusgruppendifkussion zu «Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Familie», andererseits durch Einzelinterviews mit weiteren Fachpersonen.

2.2.1 Auswahl der befragten Fachpersonen im Setting Familie

Es wurde zunächst eine Übersicht zu bekannten Akteuren im Kontext Familie erstellt. Dabei wurde einerseits darauf Wert gelegt, eine gute Repräsentanz sowohl nationaler, kantonaler als auch lokaler, d.h. mit direktem Kontakt zur Zielgruppe, Organe und Institutionen zu gewährleisten. Andererseits wurde darauf geachtet, dem Wunsch des Auftraggebers entsprechend, explizit keine Organisationen und Institutionen zu listen, die bereits über ausgewiesene Erfahrung mit Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen verfügen.

Im Anschluss wurden die so gelisteten Akteure innerhalb der drei obengenannten Gruppen in der Reihenfolge ihrer Kontaktierung priorisiert. Diese priorisierte Liste wurde dann für die telefonischen Erstkontakte verwendet. Basierend auf diesen Telefonaten wurden das Interesse und die Disponibilität der Akteure erfragt. Mitunter wurde die die Gespräche durchführende Person an andere Personen aus dem gleichen Bereich aber mit höherer Kenntnis des Settings Familie weiterverwiesen. Diese Personen wurden in der Liste separat dokumentiert und in einer zweiten Runde ebenfalls kontaktiert.

Für das Fokusgruppengespräch wurden insgesamt 21 im Setting Familie tätige Organisationen und Institutionen telefonisch und / oder per Email kontaktiert. Die jeweiligen Fachpersonen wurden über das Ziel der geplanten Fokusgruppe informiert und eingeladen an dieser teilzunehmen. Insgesamt wurden 7 nationale, 7 kantonale und 7 regionale Akteure angefragt und eingeladen. Generell zeigten sich alle kontaktieren Personen interessiert, einigen wahr die Teilnahme jedoch aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht möglich. Um eine möglichst hohe Beteiligung garantieren zu können, wurde zudem die zunächst auf Ende September / Anfang Oktober geplante Fokusgruppe auf Ende Oktober verschoben. Dabei wurden den Fachpersonen zwei Termine zur Auswahl gestellt, wobei derjenige mit der höchsten Beteiligungsrate beibehalten wurde.

Den Teilnehmenden Fachpersonen wurde dabei neben der Erstattung der Kosten für die Anreise auch eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 200.- CHF angeboten.

2.2.2 Zusammensetzung und Durchführung der Fokusgruppe

Die Fokusgruppendifkussion «Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Familie» wurde am Montag, 24.10.2016 in Bern in den Räumen von Infodrog durchgeführt. Die Auswahl der Räumlichkeiten wurde mit dem Ziel vorgenommen, die Anreisezeiten für die Teilnehmenden soweit möglich zu begrenzen. Nach einer kurzen Einführung und einer Präsentation der verschiedenen Teilnehmenden, wurden die Zielsetzung des Mandats sowie bisherige Ergebnisse der Literaturanalyse kurz präsentiert. Bei dem Fokusgruppengespräch handelte es sich um eine geführte Diskussion anhand eines zuvor erstellten Gesprächsleitfadens (siehe Anhang 2), basierend auf den Fragestellungen der Auftraggeber. Die Antworten der Teilnehmenden wurden einerseits vor Ort von zwei Mitarbeitenden von Sucht Schweiz protokolliert, zusätzlich wurden die Gespräche aufgezeichnet.

Für die Teilnahme konnten sieben Fachpersonen im Setting Familie gewonnen werden. Die Verteilung auf nationale, kantonale und regionale Akteure wurde dabei gewahrt. Eine genaue Übersicht der in der Fokusgruppe vertretenen Akteure und ihr Bezug zum Setting Familien findet sich ebenfalls im Anhang dieses Berichtes (siehe Anhang 1).

2.2.3 Telefonische Interviews

Um nach den Fokusgruppen einige Fragen weiter vertiefen zu können und auch Fachleute aus anderen Sprachregionen bzw. anderen Spezialisierungsgebieten im Setting Familie berücksichtigen zu können, die im Rahmen der Fokusgruppe nicht vertreten waren, wurden Mitte November zusätzlich vier telefonische Interviews durchgeführt. Bei zwei der Interviews handelte es sich um ergänzende Aussagen von Fachpersonen aus der Deutschschweiz. Die Interviews wurden protokolliert und für etwaige Rückfragen zusätzlich Audio aufgezeichnet. Zudem konnten zwei weitere Interviews mit Fachpersonen aus der Romandie geführt werden. Für die Interviews in französischer Sprache wurde der adaptierte Gesprächsleitfaden vom Deutschen ins Französische übersetzt. Genauere Angaben zum Bezug und der Stellung der Interviewpartnerinnen und -partner im Setting Familie finden sich in der Liste der Teilnehmenden im Anhang des Berichtes (siehe Anhang 1). Ein adaptierter Gesprächsleitfaden wurde den Interviewten vor dem Gespräch per Email zugestellt (siehe Anhang 2). Im Wesentlichen wurden dem Leitfaden der Fokusgruppe entsprechende Themen behandelt, wobei ein zusätzlicher Akzent auf Punkte gelegt wurde, die nach Durchführung der Fokusgruppe nicht voll beantwortet werden konnten. Alle Interviews dauerten zwischen einer halben und einer Stunde.

3 Kontext: Entwicklung der Familie in der Schweiz

3.1 Definition des Begriffs Familie

Kulturell leitet sich der Begriff Familie vom lateinischen Wort «famulus/famula» ab, was so viel wie «Dienster, Sklave» bedeutet. Der daraus hervorgehende Begriff «familia», d.h. «vielschichtig», klassifiziert daher in erster Linie und in seiner ursprünglichen Bedeutung die Herkunfts-, Besitz- und Machtverhältnisse und weniger die verwandtschaftlichen Beziehungen (Gestrinch, Krause, & Mittelrauer, 2003).

Unser gegenwärtiger Begriff der Familie ist gesellschaftsgeschichtlich noch ziemlich jung. Erst mit dem aufstrebenden Bürgertum im 18. Jahrhundert wurde der Begriff erstmalig in seiner heutigen Definition, d.h. mit klarem Fokus auf die Kernfamilie verwendet (Nave-Herz, 2013). Nach dieser Definition bestand die traditionelle Normalfamilie «aus einem Mann und einer Frau, die legal verbunden in einer dauerhaften und sexuell exklusiven Ersterbe mit ihren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt leben. Dabei widmet sich der Mann voll dem Berufsleben, während die Frau sich weitgehend aus der Berufstätigkeit zurückzieht, um volle Verantwortung für Haushalt und Kindererziehung zu übernehmen» (Scanzoni, Polonko, Teachman, & Thompson, 1989, S. 13). Seither wurde dieses traditionelle Bild der Familie jedoch durch zahlreiche weitere Familienformen erweitert (Macklin, 1987).

In der heutigen Soziologie bezeichnet der Begriff Familie eine auf Partnerschaft, Abstammung oder Adoption basierende Lebensgemeinschaft. Basierend auf dem heutigen Verständnis im westlichen Kulturraum versteht man darunter zumeist die Generationengemeinschaft aus Eltern oder Erziehungsberechtigten und deren leiblichen bzw. adoptierten Kindern. Nur vereinzelt wird diese sogenannte Kernfamilie durch weitere im gleichen Haushalt lebende Verwandte, Lebensgefährten oder Lebensgefährtinnen erweitert. Dabei liegt dem Begriff Familie in westlichen Kulturkreisen zumeist das gleiche gesellschaftliche Bild zugrunde: Familien obliegt die Aufgabe, ihren Mitgliedern das Gefühl der sozialen Zugehörigkeit und gesellschaftlichen Orientierung zu vermitteln und dies idealerweise lebenslang. Die Familie erfüllt somit zentrale soziale Aufgaben in einer Gesellschaft:

- (1) Die Familie erzieht und sozialisiert ihre Kinder basierend auf den gesellschaftlichen Werten, sie ist somit nicht nur Privatsache, sondern erfüllt einen gesellschaftlichen Auftrag;
- (2) Die Familie bietet Schutz und Fürsorge und dies sowohl wirtschaftlicher als auch sozialer Natur; und
- (3) Die Familie sorgt für eine gewisse gesellschaftspolitische Absicherung der Kinder (elterliche Fürsorgepflicht, gesetzliche Regelungen der Ehe).

Aktuelle Definitionen des Begriffs tragen den oben genannten zentralen Aufgaben der Familie Rechnung und versuchen zudem, die Vielschichtigkeit der heute gängigen Familienmodelle weitestgehend zu berücksichtigen. So definiert die Eidgenössische Kommission für Familienfragen (EKFF: http://www.ekff.admin.ch/content.php-ekff-1-5-tbl_1_51.html) unter Vermeidung einer Wertung und Berücksichtigung des sich wandelnden Verständnisses der Familie den Begriff wie folgt:

«Der Begriff der Familie bezeichnet jene Lebensformen, die in den Beziehungen von Eltern und Kindern im Mehrgenerationenverbund begründet und gesellschaftlich anerkannt sind».

Die Autoren und Autorinnen des vorliegenden Berichtes haben bei der Erstellung dieses Berichts die von der EKFF getroffene Definition zugrunde gelegt.

3.2 Familie im gesellschaftlichen Wandel

Trotz oder gerade aufgrund ihrer sozialen und gesellschaftlichen Stellung hat die Institution Familie in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Wandel erfahren (Branger et al., 2008). So hat der Anteil Alleinerziehender, neu zusammengesetzter Familien (Patchworkfamilien) oder kinderloser Paare in den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2007 waren 67% der insgesamt 3'324'300 privaten Haushalte kinderlos, gut ein Viertel waren Paare mit Kindern (27%) und mehr als jeder 20te Haushalt wurde von einem Elternteil allein (5,4%) geführt (Branger et al., 2008).

Diese Veränderungen haben auch einen weitreichenden Einfluss auf die Gesellschaft allgemein, ist die Familie aus den oben angeführten Gründen doch mit Sicherheit nicht nur die erste, sondern wohl auch die prägendste Erziehungsinstanz für Kinder und Jugendliche. Sie spielt eine zentrale Rolle bei der Erziehung der Kinder, Betreuung nächster Angehöriger und bei der sozialen und kulturellen Wertevermittlung. Zudem beeinflusst sie durch die Vermittlung zentraler gesellschaftlicher Werthaltungen das Verhalten aller lebenslang.

Die Einflüsse und Verbindungen zur eigenen Familie bestehen meist lebenslang. Während die Bedeutung der Familie für Säuglinge und Kinder jedoch evident ist, erscheint sie für das Jugendalter schon problematischer, lösen sich doch Jugendliche aufgrund der zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben zunehmend aus der Herkunftsfamilie (Steinberg, 2016). Auch in diesem Alter bleiben Eltern und Familie jedoch eine wichtige Anlaufstelle für Rat und Unterstützung und spielen somit auch im Leben Jugendlicher eine zentrale Rolle (Steinberg, 2016; Turrisi, Padilla, & Wiersma, 2000a). Darüber hinaus enden familiäre Beziehungen für die überwiegende Mehrzahl nicht mit dem Erreichen der Volljährigkeit sondern bleiben auch für das weitere Leben von Bedeutung.

Wie bereits eingangs erwähnt, unterlag der Familienbegriff in den letzten Jahrzehnten einem deutlichen gesellschaftlichen Wandel. Im Folgenden sollen die verschiedenen zu diesen sehr zentralen Veränderungen beitragenden Faktoren, wie ein höheres Alter bei Heirat und Geburt, ein Rückgang der Geburtenrate und eine Neudefinition der Instanz Ehe (Konkubinat, Scheidung) im Detail beleuchtet und ihr Zusammenhang und Einfluss auf die Familie im Anschluss erläutert werden.

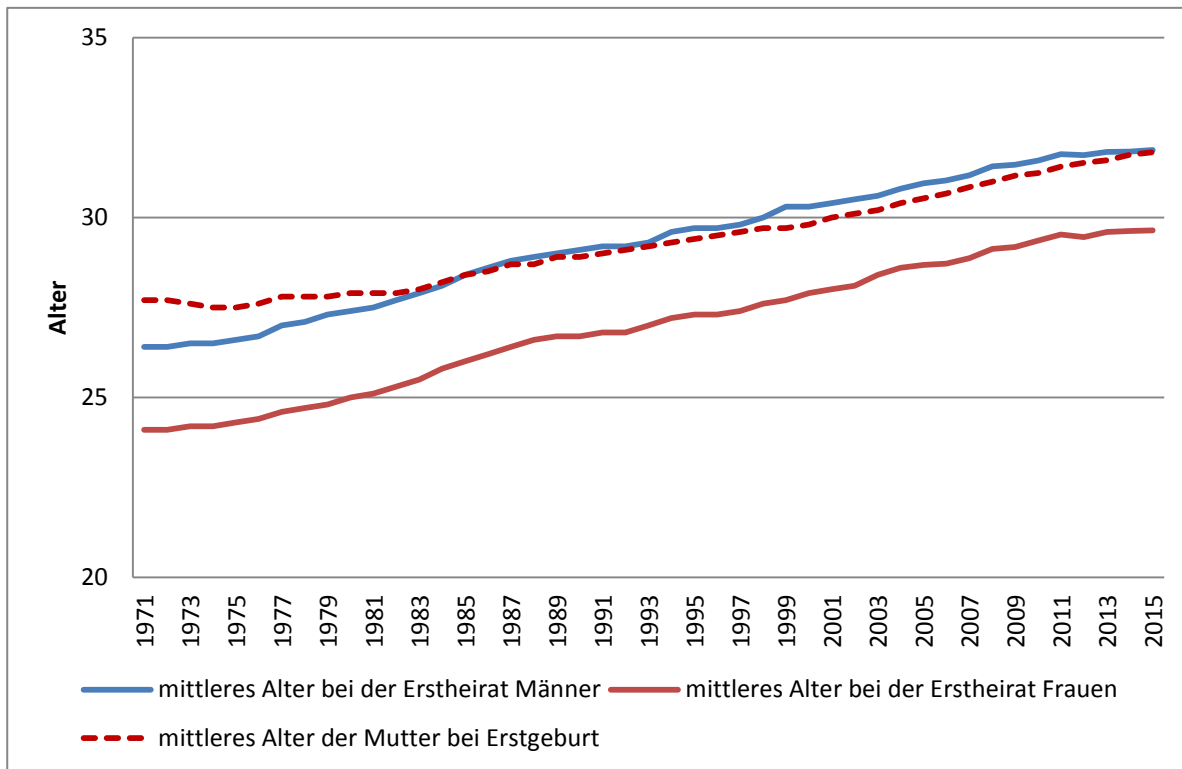
3.2.1 Steigendes Alter bei Eheschliessung und Geburt

In vielen westlichen Industrienationen lässt sich für die vergangenen Dekaden ein genereller Trend beobachten: Junge Erwachsene heiraten, wenn überhaupt, deutlich später als die Generation ihrer Eltern oder gar Grosseltern und auch die Geburt der ersten Kinder erfolgt heute deutlich später als noch vor 40 Jahren.

Aus Abbildung 2 wird deutlich, dass seit 1971 das mittlere Alter bei Erstheirat in der Schweiz sowohl bei Frauen als auch bei Männern kontinuierlich zugenommen hat: Im Jahr 2015 schlossen Frauen im Mittel mit 29,6 Jahren den Bund der Ehe, Männer mit 31,9 Jahren. Hingegen lag das mittlere Alter bei Erstheirat 1971 bei Frauen bei 24,1 Jahren und bei Männern bei 26,4 Jahren.

Entsprechend finden sich auch hinsichtlich des mittleren Alters der Mutter bei Erstgeburt für die Schweiz steigende Alterstrends. So nahm das Alter der Mutter bei Erstgeburt zwischen 1971 (27,7 Jahren) und 2015 (31,8) im Mittel um mehr als vier Lebensjahre zu.

Abbildung 2: Trend des mittleren Alters bei Erstheirat nach Geschlecht und mittleres Alter der Mutter bei Erstgeburt, 1971-2015, basierend auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)

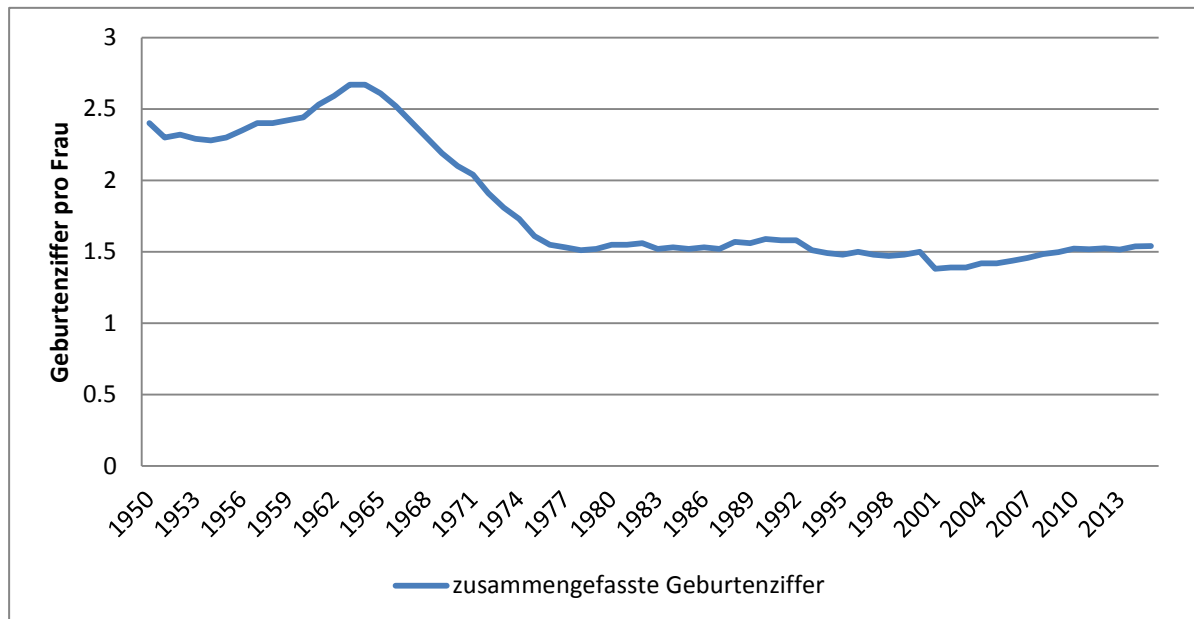


3.2.2 Rückgang der Geburtenrate

Nicht nur die Gründung einer eigenen Familie erfolgt später, sondern auch die mittlere Anzahl der Kinder, d.h. die Geburtenziffer¹ oder Geburtenrate ging in der Schweiz zurück. Lag die Geburtenrate, d.h. die mittlere Anzahl Kinder pro Frau 1950 noch bei 2,4 Kindern, sank sie 1971 bereits auf 2,04 und lag 2015 noch bei im Mittel 1,54 Kindern pro Frau (vgl. Abbildung 3). Damit ist sie bereits seit den 1970er Jahren unter der für den Generationenerhalt in Industrienationen angenommenen notwendigen Grenze von 2,1 Kindern.

¹ Zusammengefasste Geburtenziffer oder Geburtenrate: mittlere Anzahl Kinder, die eine Frau im Verlauf ihres Lebens zur Welt bringen würde, vorausgesetzt die altersspezifische Geburtenhäufigkeit eines bestimmten Kalenderjahres blieben konstant.

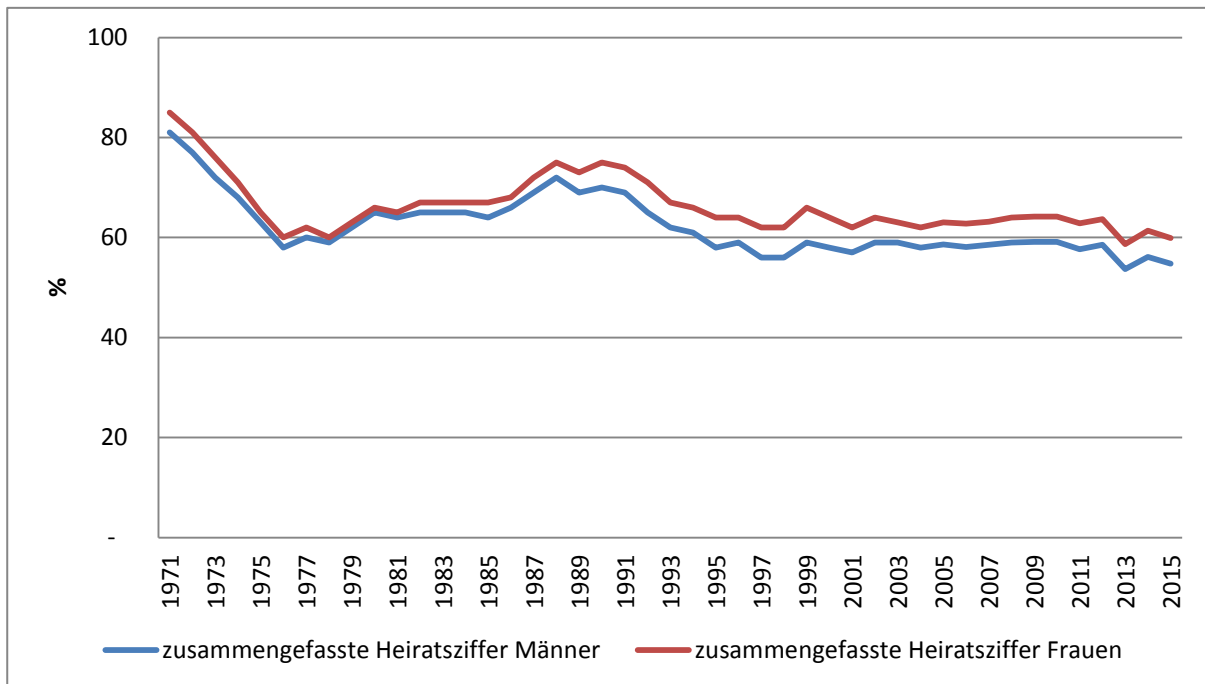
Abbildung 3: Trend der zusammengefassten Geburtenziffer¹, 1950-2015, basierend auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)



3.2.3 Rückgang der Anzahl an Eheschliessung und Anstieg der Scheidungsrate

Die veränderte Position der Ehe in heutigen westlichen Nationen hatte nachhaltigen Einfluss auf die heutige Definition und Bedeutung der Familie. Während klassische Ehen seit den 1970er in ihrer Häufigkeit abnehmen (vgl. Abbildung 4), gewinnen im gleichen Zeitraum Konsensualpaare zunehmend an Bedeutung (Branger et al., 2008; Bundesamt für Statistik (BFS), 2016). Im Gegenzug bedeutet dies auch, dass eine zunehmende Anzahl Kinder und Jugendliche aktuell nicht den vollen gesellschaftlichen Schutz vergleichbar einer Ehe geniessen. Zwar sind sie gesetzlich ehelichen Kindern gleichgestellt, erleben aber bei einer möglichen Trennung der Eltern sowohl sozial als auch materiell grössere Unsicherheiten aufgrund nicht geregelter Unterhaltszahlungen und Erziehungsrechte für beide Elternteile.

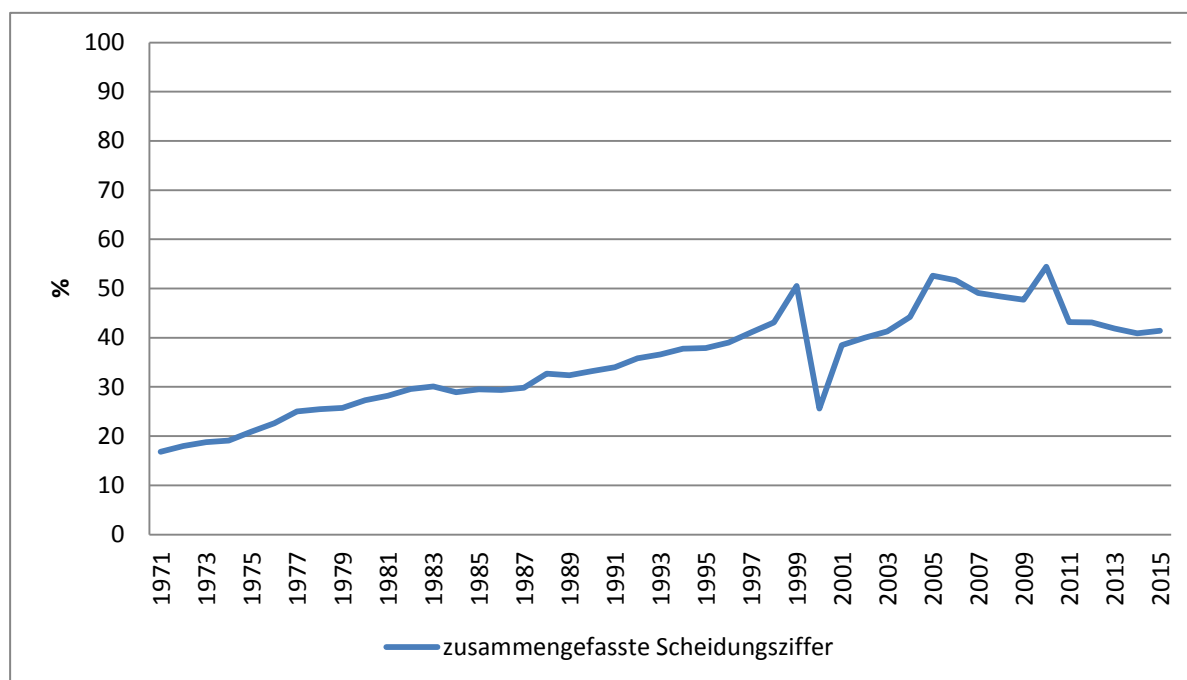
Abbildung 4: Trend der zusammengefassten Erstheiratsziffer² nach Geschlecht, 1971-2015, basierend auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)



Zeitgleich mit der sinkenden Heiratsziffer nahm auch der Anteil an geschiedenen Ehen zu (vgl. Abbildung 5). Eine Trennung der Eltern ist eine einschneidende Erfahrung für alle Familienmitglieder. Zur sozialen und häufig auch finanziellen Unsicherheit kommen der mögliche Verlust des regelmässigen Kontaktes zu beiden Eltern und ggf. Geschwistern, räumliche Veränderungen sowie die emotionale Belastung der Eltern hinzu. All diese Faktoren können im Kindes- und Jugendalter Risikofaktoren für späteren Substanzkonsum sein (Coleman & Hendry, 1999; Steinberg, 2016).

² Zusammengefasste Erstheiratsziffer: durchschnittlichen Prozentanteil lediger Personen, die vor dem Erreichen des 50. Altersjahres zum ersten Mal heiraten. Die Altersbegrenzung auf 50 Jahre wird wegen der Auswirkungen auf die Geburtenhäufigkeit gewählt

Abbildung 5: Trend der zusammengefassten Scheidungsziffer³, 1971-2015, basierend auf Daten des Bundesamts für Statistik (BFS)



3.2.4 Mögliche Gründe für diese Veränderungen

Ein möglicher Grund für das höhere Alter bei Heirat und Geburt mag dabei in verlängerten Ausbildungszeiten gesehen werden; junge Erwachsene verbleiben länger in der elterlichen Wohnung oder leben aus Kostengründen mit Gleichaltrigen in WGs zusammen. Zudem stellen heute jüngere Generationen berufliche Entwicklungen vermehrt einer Familiengründung voran. Um langfristige finanzielle Sicherheit und Unabhängigkeit von den Eltern gewinnen zu können, steht für viele zunächst das Finden einer Anstellung, der Aufbau einer eigenen Karriere bzw. das Finden einer sicheren Anstellung, der Wunsch oder sogar die Notwendigkeit nach Auslandserfahrung, aus der Arbeitssituation resultierend eine mögliche räumliche Distanz zwischen Arbeits- und Wohnort und nicht zuletzt das eigene Ausprobieren in verschiedenen Bereichen im Vordergrund. Auch die Globalisierung bietet in diesem Bereich zusätzliche Hindernisse. Zum einen will die Welt bereist und entdeckt werden bevor man eine Familie gründet und damit dann weder Zeit noch Geld dafür hat. Zum anderen müssen zwei Partner für eine Familiengründung zunächst eine karrieregerechte Beschäftigung in der gleichen Region finden oder aber sich einigen, dass einer von beiden seine Karriere zugunsten der Familie hintenanstellt, selbstverständlich nur dann, wenn der andere Partner ausreichend verdient. Je höher das Ausbildungsniveau eines Paares, desto grösser dürfte die Schwierigkeit sein, diesen Spagat bewältigen zu können. Dies mag ein Grund dafür sein, warum sich insbesondere höher gebildete Frauen zunehmend gegen Kinder und Mutterschaft entscheiden (Branger et al., 2008).

Generell rückte der in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegene Anteil berufstätiger Frauen die Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zunehmend in das öffentliche Interesse (Branger et al., 2008). Und dies hat nicht allein einen Effekt auf die Mutterschaft: Durch den steigenden Anteil berufstätiger Frauen (Bläuer Herrmann & Murier, 2016) wächst auch deren finanzielle Unabhängigkeit, was einerseits die klassische Absicherung durch eine Ehe weniger notwendig werden lässt und in einem zweiten

³ Zusammengefasste Scheidungsziffer: mittlerer Prozentanteil Ehen, die geschieden werden, wenn das ehedauerspezifische Scheidungsverhalten eines bestimmten Kalenderjahres sich nicht verändert

Schritt auch Scheidungen nicht zwingend zu einer finanziellen Katastrophe für die Einzelnen werden lässt.

3.3 Kulturelle Unterschiede in der Definition der Familie

Neben gesellschaftlichen Veränderungen des Familienbegriffs gilt es auch kulturelle Unterschiede in den familiären Strukturen, der Generationenzusammensetzung und in der Folge den gelebten Familienmodellen zu berücksichtigen.

In westlichen und nordeuropäischen Kulturen und so auch in der Schweiz hat sich überwiegend das Kernfamilienmodell aus (Ehe)Paarbeziehung und Eltern-Kind-Beziehungen durchgesetzt, d.h. die einzelnen Generationen einer Familie haushalten und leben überwiegend selbstständig und Mehrgenerationenhaushalte sind vergleichsweise selten. Die monogame Zweierbeziehung, klassischerweise im Rahmen einer Ehe, sowie die mit den Erwachsenen verbundenen Kinder stellen das Zentrum dieses Familienmodells dar, während in einigen aussereuropäischen Kulturen Sippen- und Clanstrukturen deutlich zentraler sind. Derartige Entwicklungen gehen nicht zuletzt auf das Christentum zurück, welches grössere familiäre Strukturen begünstigende Bräuche, wie etwa Polygamie, Ahnenkult, Eheversprechen bei Geburt oder Brautkauf verbot.

Vor dem Hintergrund der steigenden Migration aus anderen Kulturbereichen (Information und Kommunikation SEM, 2016) hat sich jedoch die Schweizer Familienlandschaft um Familienmodelle erweitert, die sich nicht allein auf die Kernfamilie begrenzen, sondern auch erweiterte Familienmodelle mit beispielsweise patriarchalen Entscheidungshierarchien durch Grossväter oder Onkel umfasst. Diese neuen Entwicklungen gilt es bei der Planung etwaiger Präventionsprogramme, insbesondere bei Personen mit Migrationshintergrund, zu berücksichtigen, da diese Familienstrukturen sich in ihrer Funktionsweise und Entscheidungsstruktur deutlich von den westeuropäischen unterscheiden, wo häufig für die beiden Elternteile egalitäre und auch für Kinder und Jugendliche zumeist partizipative Modelle vorkommen.

Auch in der Familienzusammengehörigkeit sowie in der durch die Kinder / Jugendlichen in der Familie verbrachten Zeit können sich kulturelle Unterschiede ergeben. So haben beispielsweise Studien aus den USA gezeigt, dass die familiäre Nähe (closeness) in mexikanischen, chinesischen und vietnamesischen Familien höher war als in amerikanischen oder europäischen Familien (Cooper, 1994). Zudem finden sich Belege, dass sich die angewandten Erziehungsstile zwischen einzelnen Kulturen unterscheiden (Steinberg, 2016), was wiederum einen Einfluss auf die kulturelle Übertragbarkeit bestimmter Präventionsansätze hat, wie z.B. autoritativer Erziehungsstil, Förderung der Eltern-Kind-Kommunikation und das Aushandeln von Regeln (siehe 3.4. Familie als Präventionsinstanz).

3.4 Familie als Präventionsinstanz für Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen

3.4.1 Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz

Gemäss der aktuellsten Schweizer HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) aus dem Jahr 2014 (Marmet, Archimi, Windlin, & Delgrande Jordan, 2015) haben 5.3% der 11-Jährigen Jungen und 3.6% der gleichaltrigen Mädchen bereits mindestens einmal Zigaretten probiert, bei den 15-Jährigen waren dies bereits 37.5% der Jungen und 35.0% der Mädchen. Bei den 15-Jährigen rauchten 6.6% der Jungen und 6.4% der Mädchen täglich. Von den täglich rauchenden 15-Jährigen rauchte gut die Hälfte der Schülerinnen und Schüler maximal 5 Zigaretten am Tag, gut ein Viertel der Jungen und ein Fünftel

der Mädchen rauchte 6 bis 10 Zigaretten pro Tag. Jeweils etwa ein Fünftel der 15-jährigen täglich rauchenden Jungen und Mädchen rauchte mehr als 10 Zigaretten pro Tag. Ein früher Einstieg in den Tabakkonsum geht dabei auch mit einem höheren Risiko einher, längerfristig und in höheren Mengen zu rauchen (Kuper, Adami, & Boffetta, 2002). Eine höhere Rauchmenge bzw. längere Konsumdauer steigern zudem das Risiko, chronisch zu erkranken oder frühzeitig zu versterben (Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004; U.S. Department of Health and Human Services, 2012).

Die Resultate der HBSC-Studie zeigen, dass Jugendliche bereits früh mit Zigaretten experimentieren und diese zum Teil auch schon regelmässig konsumieren. Entsprechend früh, idealerweise bevor die Jugendlichen in Kontakt mit Zigaretten kommen, müssen die Weichen gestellt werden, damit Jugendliche gar nicht erst zum Tabak greifen oder es zumindest beim experimentellen Konsum belassen. Da die Kinder und Jugendlichen in diesem Alter noch stark durch die Familie beeinflusst sind, ist der Zugang über die Familie einer der wichtigsten Ansätze in der Tabakprävention für Jugendliche.

Nicht zu vernachlässigen ist ebenfalls, dass immer noch Kinder den schädlichen Auswirkungen des Passivrauchens ausgesetzt werden. Nach Kuendig et al. (2016) rauchten im Jahr 2016 1.8% der Schweizer Bevölkerung mindestens einmal wöchentlich in Anwesenheit ihrer Kinder (1.1% täglich), entsprechend könnten in der Schweiz mindestens 100'000 Kinder (über 50'000 täglich) davon betroffen sein. Zum Teil sind die Kinder schon vor der Geburt durch den Tabakkonsum (aktiv oder passiv) der Mutter Gefahren ausgesetzt. Gemäss dem Tabakmonitoring (Keller, Radtke, Füllemann, Krebs, & Hornung, 2009) rauchten in den Jahren 2001 bis 2005 13% der Schwangeren zum Zeitpunkt der Befragung. Auch in diesen Bereichen ist Prävention in der Familie wichtig.

3.4.2 Aktuelle Entwicklungen und Gründe für Tabakprävention im Setting Familie

Die sinkende Geburtenziffer sowie der Anstieg im Alter bei Erstheirat und Geburt führen auch zu Veränderungen im Generationengefüge in der Familie. Aufgrund der geringeren Anzahl an Kindern pro Familie steigt zugleich das Investment der Eltern in das einzelne Kind. Das höhere Alter der Eltern sorgt für grössere finanzielle Sicherheit, die einerseits für ein grösseres Freizeitangebot aber auch spezifischere Förderung, wie Nachhilfe, Musik oder Sport genutzt werden kann. Diese Entwicklung machen Eltern auch sensibel für gesundheitsfördernde Massnahmen und Prävention, liegt ihnen die gesunde Entwicklung ihrer Kinder aufgrund der zunehmenden Aufklärung und des höheren Risikobewusstseins doch sehr am Herzen. Prävention findet in den modernen Familienformen häufig willige Helfer, wollen viele Eltern ihren Kindern und Jugendlichen doch ideale Startbedingungen für das Leben geben.

3.4.3 Einfluss des elterlichen Erziehungsstils und elterlichen Verhaltens

Gemäss dem aktuellen Erkenntnisstand der Suchtpräventionsforschung sollten verhaltenspräventive Bemühungen, um primärpräventiv effizient sein zu können, einerseits in einem früheren Lebensalter als bisher einsetzen, andererseits wird es als notwendig angesehen, auch familiäre Einflussfaktoren sehr viel mehr zu berücksichtigen (Lösel, Schmucker, Plankensteiner, & Weiss, 2006). Konsequenterweise werden Eltern daher häufig in Präventions- und Interventionsprogramme von Kindern und Jugendlichen integriert. Basierend auf der Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1986), der primären Sozialisationstheorie (Oetting & Donnermeyer, 1998) und dem ökosystemischen Ansatz von Bronfenbrenner (1979) haben elterliche Einstellungen und Verhaltensweisen einen essentiellen Einfluss auf den (späteren) Substanzkonsum ihrer Kinder. Elterliche Erziehungs- und Kommunikationsstile sowie ihre eigenen Haltungen gegenüber Suchtmitteln wie Tabak werden als einige der bedeutendsten Schutzfaktoren zur Vorbeugung von Substanzproblemen bei Kindern und Jugendlichen gesehen. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, den elterlichen oder familiären Einfluss für die Prävention des Tabakkonsums bzw. die Gesundheitsförderung allgemein zu nutzen.

Die Forschung konnte zeigen, dass mangelnde Regelsetzung, eine fehlende Regelkontrolle und unzureichendes elterliches Monitoring (Unkenntnis der Eltern zu Aufenthaltsorten, Aktivitäten und Freunden oder Freundinnen ihrer Kinder und Jugendlichen) sowie eine schlechte oder unzureichende Eltern-Kind-Kommunikation mit einem früheren Einstieg in den Substanzkonsum einhergehen, wie auch mit höheren Konsumniveaus bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Bogenschnieder, Wu, Raffaelli, & Tsay, 1998; Turrissi, Wiersma, & Hughes, 2000b; Van Der Vorst, Engels, Meeus, & Deković, 2006; Varvil-Weld, Crowley, Turrissi, Greenberg, & Mallett, 2014; Wood, Read, Mitchell, & Brand, 2004). Ferner zeigten zahlreiche Studien, dass ein autoritativer Erziehungsstil der Eltern, d.h. das liebevolle Eingehen der Eltern auf ihre Kinder bei gleichzeitigem hohem Mass an Autorität die beste Prävention von jugendlichem Problemverhalten inkl. Substanzgebrauch darstellt (Steinberg, 2016).

3.4.4 Bedeutung von Autonomiebestrebungen auf familiäre Bindungen

Das Jugendalter stellt im familiären Setting eine besonders turbulente Zeit dar. Die gerade mit den Kindern ausgehandelten Regeln und Normen werden von ihnen erneut in Frage gestellt, während die elterliche Rolle als Erzieherin und Regelsetzerin gleichzeitig hinterfragt wird. Die Jugendlichen streben nach grösserer Autonomie und verbringen einen zunehmenden Anteil ihrer Freizeit eher mit Freunden als mit der Familie (Currie et al., 2012; Eccles, 1999; Steinberg, 2001). Trotz der steigenden Zahl an Auseinandersetzungen mit den Eltern bleiben diese jedoch auch im Jugendalter (und darüber hinaus) eine zentrale Quelle für Rat und Unterstützung (Steinberg, 2002; Turrissi et al., 2000a).

Zudem bieten die Autonomiebestrebungen der Jugendlichen auch der Prävention eine ideale Gelegenheit, um Zugang zu den Familien zu finden. Eltern sind aufgrund des sich ändernden Machtgefüges und des zumeist lautstarken Protestes der Jugendlichen in ihrer Rolle verunsichert. Dies macht sie jedoch aus verschiedenen Gründen zu idealen Partner für Gesundheitsförderung und (Tabak)Prävention:

- (1) Eltern sorgen sich um ihre Kinder und fürchten negative Einflüsse eines möglichen Substanzkonsums (Mallett, Varvil-Weld, Turrissi, & Read, 2011).
- (2) Für Eltern ist der Einstieg in die Jugendphase ihrer Kinder ein sensibler Moment für Prävention (siehe 3.4.5), da die bestehenden Machtverhältnisse zwischen Kindern und Eltern aufgebrochen und neu verhandelt werden (Dusenbury, 2000; Wood et al., 2004).
- (3) Eltern sind aufgrund der Autonomiebestrebungen ihrer Kinder in ihrer Rolle und Relevanz für deren weitere Entwicklung verunsichert (Dusenbury, 2000; Wood et al., 2004).
- (4) Eltern mit einem anderen kulturellen Hintergrund können ggf. mit den Autonomiebestrebungen ihrer Kinder und den kulturellen Unterschieden im Erleben und Ausleben der Jugend zwischen dem Herkunftsland und der Schweiz Unterstützung benötigen.

3.4.5 Begleitung von Lebensübergängen

Eltern haben zumeist einen lebenslangen Einfluss auf ihre Kinder (American College of Health Association, 2005). Und Leben heisst Veränderungen. Diese beginnen mit der Geburt und ziehen sich durch das gesamte Leben; die Krisen in der Pubertät, der Aufbau eines eigenen Lebens mit Beruf und Partner. Eigene Kinder gehören ebenso dazu wie die Pensionierung, das Älterwerden und die Frage nach der eigenen Endlichkeit. Diese Lebensphasen sind nicht immer leicht zu bewältigen, jedoch bietet jede Veränderung nicht nur ein Risiko, sondern auch die Chance, daran zu wachsen und zu reifen. Lebensübergänge, entweder in Form von lebensgeschichtlichen Abschnitten (Schulbeginn, Pubertät, Pensionierung) oder aber auch unerwartete Lebensereignisse (Scheidung, Arbeitsstellenwechsel oder –verlust) gehen zumeist mit einer Verunsicherung der Beteiligten einher: alte Rollen werden hinterfragt, Unsicherheiten stellen sich ein. Hier liegt ein grosses Potential für die Prävention. Bietet sie in diesen Situationen Hilfe und Rat, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen diese annehmen, deutlich grösser.

Die Familie begleitet Kinder und Jugendliche nicht nur während biologischen Entwicklungen (z.B. Geburt), sondern auch durch zahlreiche westlichen Gesellschaften inhärente Lebensabschnitte, wie der Eintritt in den Kindergarten oder die Schule, die Adoleszenz mit den oben beschriebenen Entwicklungen (siehe 2.4.4) sowie schliesslich den Auszug der Kinder aus der elterlichen Wohnung. Jeder dieser Übergänge bietet einen möglichen Ansatzpunkt für Prävention. Aber auch weniger grosse Veränderungen und Ereignisse können für präventive Massnahmen genutzt werden: Eltern, die aufgrund einer Erkrankung ihres Kindes die Notaufnahme eines Kinderspitals besuchen, sind wahrscheinlich für Massnahmen zum Schutz gegen Passivrauchen empfänglicher als in ihrem Alltag. Diese sensiblen Phasen oder Lebensübergänge können (und werden) für Tabakprävention genutzt.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass das suchtpräventive Potential der lebensgeschichtlich so wichtigen ersten Sozialisationsinstanz Familie in der Schweiz grosses Potential bietet. Bei bereits existierenden Angeboten besteht jedoch fast immer die Herausforderung, dass sie vor allem von gebildeten und sozial gut integrierten Eltern mit Schweizer Hintergrund in Anspruch genommen werden. Hingegen werden benachteiligte bzw. besonders gefährdete Familien oder Familien mit Migrationshintergrund zumeist nur selten erreicht.

3.5 Meinung der befragten Fachpersonen

Die im Rahmen der in Kapitel 2.2 beschriebenen Fokusgruppe und in Interviews befragten Fachpersonen des Settings verwiesen darauf, dass bei der Verwendung des Begriffs Familie Vorsicht geboten ist und darauf geachtet werden muss, dass Erziehende, die nicht in einem klassischen Familienmodell leben, bei der Definition nicht ausgeschlossen werden (oder sich ausgeschlossen fühlen). Wie eingangs im Kapitel Kontext erwähnt, gehen viele Paare heute keine klassische Ehe mehr ein oder leben wieder getrennt oder geschieden. Daher sollte man besser von Eltern oder Erziehungsverantwortlichen sprechen als von Familie. Auch bei Familien mit Migrationshintergrund muss man eventuell nicht nur auf die Kernfamilie abzielen, sondern vielmehr auch die Grossfamilie einbeziehen. Auch in diesem Kontext kann der Begriff Familie zu Unklarheiten führen.

3.6 Diskussion der Ergebnisse

Wie zeichnen sich Systemlogik, Organisationsprinzipien, Regeln und Werte des Settings Familie aus, nach denen sich die Tabakprävention richten muss?

Der Familienbegriff unterliegt einem ständigen gesellschaftlichen Wandel und wurde in den letzten Jahrzehnten um zahlreiche neue Familienformen erweitert. Zentraler Faktor sind dabei die von der Familie in der Gesellschaft übernommenen sozialen Aufgaben, wie die Erziehung und Sozialisierung der Kinder und der Schutz und die Fürsorge für ihre Mitglieder auch in Form einer gesellschaftspolitischen Absicherung. Der vorliegende Bericht orientiert sich in seiner Definition der Familie an derjenigen der Eidgenössischen Kommission für Familienfragen:

«Der Begriff der Familie bezeichnet jene Lebensformen, die in den Beziehungen von Eltern und Kindern im Mehrgenerationenverbund begründet und gesellschaftlich anerkannt sind».

Auch die befragten Fachleute unterstützen die Wahl eines integrativen Familienbegriffs, um einen unwillkürlichen Ausschluss bestimmter Familienmodelle in der Bereitstellung tabakpräventiver Massnahmen zu vermeiden.

Was spricht dafür, dass Tabakprävention im Setting Familie ansetzen soll?

Basierend auf der Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1986), der primären Sozialisationstheorie (Oetting & Donnermeyer, 1998) und dem ökosystemischen Ansatz von Bronfenbrenner (1979) haben

elterliche Einstellungen und Verhaltensweisen einen essentiellen Einfluss auf den (späteren) Substanzkonsum ihrer Kinder. Elterliche Erziehungs- und Kommunikationsstile sowie ihre eigenen Haltungen gegenüber Suchtmitteln wie Tabak werden als einige der bedeutendsten Schutzfaktoren zur Vorbeugung von Substanzproblemen bei Kindern und Jugendlichen gesehen. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, den elterlichen oder familiären Einfluss für die Prävention des Tabakkonsums bzw. die Gesundheitsförderung allgemein zu nutzen.

Welche Chancen und Opportunitäten gibt es für die Tabakprävention im Setting Familie?

Die individuelle und thematisch klar auf die Verhinderung des Konsums von Kindern und Jugendlichen ausgerichtete Tabakprävention beginnt zumeist im Jugendalter, die Grundlagen für eine sinnvolle und langfristige Prävention werden jedoch bereits viel früher gelegt. Der Stand der aktuellen Forschung legt nahe, dass Tabakprävention im familiären Umfeld in Hinblick auf den Schutz des Kindes bereits in der Schwangerschaft ansetzen sollte. Massnahmen zum Schutz vor Schäden durch Passivrauchen können darüber hinaus über die gesamte Kindheit bis ins Jugendalter hinweg ebenso einen wichtigen Beitrag leisten, wie die eher allgemein und zumeist nicht spezifisch auf Substanzkonsum ausgerichteten Ansätze zur Stärkung von Lebenskompetenzen im Kindes- und frühen Jugendalter. Der elterliche Einfluss ist in all diesen Altersgruppen nicht zu unterschätzen. Eltern übernehmen für ihre Kinder eine Vorbildrolle bzw. leiten sie zu einem zunehmend eigenständigen Leben an. Der Erziehungsstil sowie die Reaktion und Akzeptanz der Eltern bezüglich jugendlicher Autonomiebestrebungen spielen dabei ebenso eine zentrale Rolle, wie die Begleitung von Lebensübergängen. Letztere bieten der Prävention ideale Eintrittspforten, da mit Lebensübergängen häufig eine Verunsicherung der Eltern in ihrer Rolle einhergeht, in welcher sie für unterstützende Angebote zumeist offener sind als in anderen Lebensphasen.

Welche Hindernisse und Risiken gibt es für die Tabakprävention im Setting Familie?

Aufgrund grundlegender gesellschaftlicher Veränderungen in Form von verlängerter Ausbildungsphase, einem höheren Anteil berufstätiger und finanziell unabhängiger Frauen, einer resultierenden geringeren Heirats- und Geburtenrate sowie einer steigenden Zahl an Scheidungen kam und kommt es zu bedeutenden gesellschaftlichen Neudefinitionen und Erweiterungen des Systems Familie. Diese Veränderungen müssen zwingend in der Definition der Zielgruppe für tabakpräventive Massnahmen ihren Niederschlag finden. Nicht zuletzt aufgrund der Migration hat sich in den letzten Jahren die kulturelle Vielfalt der Familienlandschaft und die Art der Familienmodelle erweitert. Dies gilt es aufgrund der sich kulturell unterscheidenden Funktionsweisen und Entscheidungsstrukturen auch in der Prävention zu berücksichtigen. Es gilt zu beachten, dass die Übertragbarkeit bestimmter Erfolgsfaktoren bestehender präventiver Massnahmen (wie autoritative Erziehung, Reaktion auf Autonomiebestrebungen) auf nicht westliche Kulturkreise durchaus als kritisch angesehen werden muss.

4 Erfolgsversprechende Ansätze der Tabakprävention im Setting Familie

4.1 Überblick zu den wissenschaftlichen Evidenzen basierend auf der internationalen Literaturrecherche

Tabelle 1 gibt einen ersten Überblick zu den Ergebnissen der internationalen Literaturanalyse. Die Zielsetzung war dabei, die unterschiedlichen Ansätze und Massnahmen in den verschiedenen Altersgruppen herauszuarbeiten, um so einen möglichst genauen Einblick in die Möglichkeiten von Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Familie zu erhalten.

Aus der Analyse der in der Literatursuche identifizierten Studien ergaben sich folgende altersbasierten Aktionsfelder für Tabakprävention:

- **Vorgeburtlich bzw. im Säuglings- und Kleinkindalter bis zu 4 Jahren (0 bis 4 Jahre)**
In dieser Altersgruppe steht selbstverständlich nicht der aktive Tabakkonsum des Kindes sondern zunächst der Tabakkonsum durch die Mutter während der Schwangerschaft und in der Stillzeit im Vordergrund. Auch der Einfluss der werdenden Väter auf das Rauchverhalten ihrer Partnerinnen wird hier betrachtet. Ferner bestehen auch Bemühungen, den elterlichen Konsum nach der Geburt zu beeinflussen, da dieser massive gesundheitsschädigende Auswirkungen für die Kinder haben kann.
- **Kindesalter (5 bis 10 Jahre)**
Der Schutz vor dem Passivrauchen bleibt über die gesamte Kindheit und Jugend hinweg von tabakpräventivem Interesse. Hinzu kommen Massnahmen, die gezielt protektive Faktoren im Rahmen von Lebenskompetenzansätzen aufbauen (z.B. Aufbau des Selbstbewusstseins, Selbstwirksamkeit, Stärkung positiver Familienfaktoren).
- **Pubertät (11 bis 15 Jahre)**
Neben dem Schutz vor Passivrauchen und der Stärkung von Schutzfaktoren wird in dieser Altersgruppe auch die Verhinderung des Raucheinstiegs durch Regelsetzung, Monitoring und erzieherische Konsequenzen relevant.
- **Jugendalter (16+ Jahre)**
Zusätzlich zu den in der Pubertät bereits angewandten Massnahmen kommen hier auch Massnahmen zur Unterstützung eines Ausstiegs aus einem eventuell bereits bestehendem Konsum zum Tragen. Massnahmen zu Rauchstopp im Setting Familie sind in diesem Zusammenhang jedoch selten. Ferner wird in dieser Altersgruppe auch der Einfluss struktureller Massnahmen diskutiert.

ALTERS-GRUPPE	ART DER MASSNAHME			
	<i>Verhindern von Passivrauchen</i>	<i>Lebenskompetenzen; Aufbau protektiver Faktoren</i>	<i>Rauchbeginn verhindern oder verzögern</i>	<i>Rauchstopp</i>
<i>Schwangerschaft und Kleinkindalter (0-4 Jahre)</i>	- Rauchen während der Schwangerschaft und Stillzeit, - Passivrauchen durch Eltern			
<i>Kindesalter (5-10 Jahre)</i>	- Passivrauchen durch Eltern	- Familien stärken; Selbstbewusstsein etc. stärken; - Eltern-Kind-Kommunikation	- Vorbildfunktion der Eltern - Verbessern der Eltern-Kind-Kommunikation, - Aufklärung	
<i>Pubertät (11-15 Jahre)</i>	- Passivrauchen durch Eltern	- Familien stärken; - Selbstbewusstsein, Selbstwert, Selbstwirksamkeit etc. der Kinder stärken	- Vorbildfunktion der Eltern, - Verbessern der Eltern-Kind-Kommunikation, - Ablehnen des Rauchens und kein Zugang zu Zigaretten über die Eltern	
<i>Jugendalter (16+ Jahre)</i>	- Passivrauchen durch Eltern		- Verbessern der Eltern-Kind-Kommunikation; - elterliches Monitoring; - Setzung von Regeln und Konsequenzen	- Nur vereinzelte Studien zum Einbezug der Eltern, daher schwache Evidenz

Tabelle 1: Überblick über die verschiedenen tabakpräventiven Massnahmen nach Lebensalter der Kinder und Jugendlichen

Im Folgenden sollen die Ergebnisse in den einzelnen Altersgruppen näher beleuchtet werden. Dazu wird einerseits der Stand der aktuellen Literatur, zu Kenntnissen im Bereich best-practice und Erfolgsfaktoren in den jeweiligen Bereichen wiedergegeben, andererseits soll basierend auf Studienprotokollen aktueller Evaluationen im Setting Familie auch ein Einblick in innovative Ansätze gegeben werden. Jeder Bereich schliesst dabei mit Empfehlungen und Schlussfolgerungen für die Schweizerische Tabakpräventionslandschaft basierend auf der internationalen Literatur.

4.2 Vorgeburtliche Massnahmen und Massnahmen im Säuglings- und Kleinkindalter

4.2.1 Internationale Evidenz

Studien gehen davon aus, dass circa jede fünfte bis jede dritte Raucherin während der Schwangerschaft versucht, ihren Zigarettenkonsum zu beenden (Pbert et al., 2004). Etwa 40% tun dies bereits vor dem ersten Besuch der Schwangerschaftsvorsorge (Lumley et al., 2009). Gründe dafür werden sowohl bei der Sorge um das Kind als auch bei der schwangerschaftsbedingten Übelkeit gesehen. Rauchen Frauen jedoch während der Schwangerschaft weiter, steigt das Risiko, dass das Geburtsgewicht des Kindes unter 2500g liegt, um den Faktor 1.3 bis 10 (McDonald, Armstrong, & Sloan, 1992; Spinillo et al., 1994; Hammoud et al., 2005; Lumley et al., 2009). Zudem steigt die Frühgeburtsrate um den Faktor 1.5 bis 1.8 (Hammoud et al., 2005; Kolas, Nakling, & Salvesen, 2000). Generell liegen die Rauchstoppraten bei Schwangeren höher als in jeder anderen Lebensphase.

Flemming et al. (2013) fassten in einem Review qualitative Studien zum Rauchen in der Schwangerschaft zusammen. Sie identifizierten die folgenden vier zentralen Aspekte der Umstände und Erfahrungen schwangerer Frauen bezüglich ihres eigenen Rauchverhaltens in der Schwangerschaft:

- (1) Das Rauchen ist ein fest integrierter und von ihnen kaum hinterfragter Bestandteil des individuellen Lebenswandels und wäre ohne die Schwangerschaft auch nicht hinterfragt worden;
- (2) Das Rauchen wird exklusiv unter dem Blickwinkel gesehen, dass es für das ungeborene Kind schädlich ist. Daraus beziehen diese Frauen ihre Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören. Allerdings wird ein erneuter Rauchbeginn nach der Schwangerschaft auch als logische Konsequenz und nicht als Rückfall angesehen: sie machen ohne die Verantwortung für das ungeborene Kind «so weiter wie zuvor»;
- (3) Der Rauchstopp wird von einigen schwangeren Frauen nicht als uneingeschränkt positiv gesehen, da er auch Nachteile für ihr soziales Leben hat und das Rauchen für sie eine Bewältigungsstrategie in schwierigen Situationen darstellt. Aus diesem Grund reduzieren einige Frauen den Konsum nur, ohne diesen ganz einzustellen. Dies ist zwar mit reduzierten, aber immer noch nachweisbaren, Risiken für das Ungeborene verbunden;
- (4) Die Partner spielen eine wichtige Rolle. Ein zeitgleicher Rauchstopp ihrerseits wird als hilfreich empfunden, während ein Partner, der selber weiter raucht, eher als Hindernis gewertet wird, insbesondere, wenn dieser von der Frau erwartet, während der Schwangerschaft nicht zu rauchen. Bevor man die Partner miteinbezieht, sollte man daher zuerst die Dynamik der Paarbeziehung und die Rolle des Rauchens in der Beziehung beleuchten und entscheiden, ob ein Einbezug des Partners wirklich hilfreich sein kann.

Die Resultate dieses Reviews liefern eine gute Erklärung, wieso viele Frauen nach der Schwangerschaft erneut mit dem Rauchen beginnen. Basierend auf diesen Erkenntnissen scheint es sinnvoll, Schwangere nicht nur für die unmittelbaren Risiken für das Ungeborene zu sensibilisieren, sondern darüber hinaus auch das Rauchen nach der Schwangerschaft und die Risiken des Passivrauchens für das Kind zu thematisieren.

Die überwiegende Mehrzahl der Studien in diesem Bereich zielt dabei auf die werdende Mutter. Basierend auf den Ergebnissen zweier Reviews wird Verhaltensinterventionen in Form von psychosozialer Unterstützung bzw. Counseling mit der zusätzliche Abgabe von Broschüren zur Anleitung für Selbsthilfe, wie etwa Informationen zu Strategien und Massnahmen, um mit Entzugserscheinungen umzugehen, Anleitung zu alternativem Stressabbau und Anleitungen zu alternativen Verhaltensweisen bei leicht bis moderat rauchenden Schwangeren eine mittlere Erfolgsrate zugeschrieben (Crawford, Tolosa, & Goldenberg, 2008; Einarson & Riordan, 2009). Ein aktueller Review kommt zum gleichen Ergebnis, verweist jedoch darauf, dass diese Ansätze zusätzlich biopsychosoziale Faktoren der Schwangeren berücksichtigen sollten, da diese ihrerseits einen Einfluss auf die Realisierung von Rauchstopps und das Auf-

rechterhalten des Nichtrauchens haben können (Meernik & Goldstein, 2015). Hierzu zählen unter anderem ein geringer sozioökonomischer Status, ein jüngeres Lebensalter, Untergewicht, das Vorliegen einer ungewollten Schwangerschaft, ein später Beginn der Schwangerschaftsvorsorge, Erstmutterschaft oder bestehende psychische Probleme seitens der werdenden Mutter.

Den wohl umfassendsten Überblick zu Massnahmen im Bereich der psychosozialen Unterstützung von Rauchstopps bei Schwangeren liefert der Review von Chamberlain und Kollegen (2013). Die Autoren zeigen auf, dass die Massnahmen mit den höchsten Effektstärken in diesem Bereich mit finanziellen Anreizen zum Rauchstopp gekoppelt sind (etwa zusätzlich zu einem Peer-Support-Programm). Wichtig ist dabei, dass die finanziellen Anreize auch wirklich an den Rauchstatus während der Schwangerschaft gekoppelt sind. Finanzielle Anreize ohne zusätzliche Elemente scheinen nicht wirksamer als eine Standardbehandlung zu sein. Diese Schlussfolgerungen basieren zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nur auf einigen wenigen Studien. Weiter waren die Effekte bei intensiveren Programmen, d.h. Programme mit mehr Sitzungen, engerer Begleitung und längerer Dauer, etwas höher als bei weniger intensiven Programmen. Generell waren die der Intensität zugeschriebenen Effekte eher gering, weswegen die Autoren empfehlen, auch auf die Qualität der Interventionen zu fokussieren und Programme eher nicht zu überladen. Zwar bevorzugten Frauen eher Interventionen mit telefonischer Unterstützung, diese sind jedoch nicht signifikant wirksamer als andere Interventionen (Chamberlain et al., 2013). Auch für die allgemeine, nicht tabakspezifische Unterstützung in der Schwangerschaft und kurz danach gibt es gegenwärtig keine ausreichenden Hinweise für die Wirksamkeit von telefonischer Unterstützung. (Lavender, Richens, Milan, Smyth, & Dowswell, 2013).

Neben Massnahmen, die direkt den mütterlichen Tabakkonsum ansprechen, wurden vereinzelt auch Massnahmen evaluiert, bei denen die Partner der Schwangeren in die Intervention einbezogen wurden. Für abschliessende Aussagen sind laut den Autoren jedoch noch grundlegende Forschungsarbeiten zur Bedeutung der Vaterschaft für den Konsum des Individuums sowie die Relevanz des Übergangs in selbige für den Tabakkonsum der werdenden Väter nötig (Gage, Everett, & Bullock, 2007).

4.2.2 Beispiele innovativer Massnahmen

Verantwortungsgefühl ansprechen

Viele Frauen beginnen kurz nach der Geburt ihres Kindes wieder mit dem Rauchen und setzen so das Kleinkind den Gefahren des Passivrauchens aus. In einer qualitativen Studie befragten Orton et al. (2016) Frauen, die spätestens drei Monate nach der Geburt wieder mit dem Rauchen anfangen. Demnach lag die Hauptmotivation der Frauen für das Nichtrauchen vor ihrem Rückfall vor allem darin, eine verantwortungsbewusste Mutter zu sein. Die Frauen hatten zudem vor ihrem Rückfall eine sehr negative Einstellung zu Eltern, die weiterhin rauchten. Nach dem Rückfall und dem erneuten Rauchbeginn nahmen sich viele dieser Frauen eher als soziale oder Gelegenheitsraucherin war. Basierend auf diesen Ergebnissen sollten Rauchstoppmassnahmen in und nach der Schwangerschaft den Aspekt, eine verantwortungsvolle Mutter zu sein, in das Programm einbeziehen und sich zudem auch gezielt an Gelegenheitsraucherinnen richten.

Schaffung finanzieller Anreize bei Rauchstopp

Tappin et al. (2015) untersuchten die Wirksamkeit von finanziellen Anreizen bei Rauchstopp-Programmen für Schwangere in Grossbritannien. Die Kontrollgruppe erhielt die bisherige Intervention in Form eines Gesprächsangebotes zum Rauchen in der Schwangerschaft und Möglichkeiten des Rauchstopps. Bei Interesse an einem Rauchstopp wurde ein Datum für diesen festgelegt und kostenlose Nikotinersatzprodukte bereitgestellt. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich zu der für die Kontrollgruppe verwendeten Prozedur einen finanziellen Anreiz in Form von Einkaufsgutscheinen. Dabei erhielten die Teilnehmerinnen für das erste Gespräch und die Festlegung eines Rauchstoppsdatums einen 50£

Gutschein, einen weiteren 50€ Gutschein für eine mittels CO-Test belegte Rauchabstinenz nach 4 Wochen sowie einen 100€ Gutschein für eine belegte Rauchabstinenz nach 12 Wochen und zuletzt einen 200€ Gutschein für Rauchabstinenz in der 34. bis 38. Schwangerschaftswoche. Insgesamt wurde eine vollständige Rauchabstinenz in der Schwangerschaft somit mit 400€, dies entspricht in etwa 500 CHF, vergütet. Die Ergebnisse der Studie konnten zeigen, dass in der Interventionsgruppe gegen Ende der Schwangerschaft deutlich mehr Frauen rauchfrei waren als in der Kontrollgruppe. Die Autoren selbst kommen zu dem Schluss, dass diese Form der Intervention gestützt mit finanziellen Anreizen effektiver sei, als die meisten bisher untersuchten verhaltenstherapeutischen oder medikamentösen Interventionen. Ein besonderer Vorteil finanzieller Anreize liegt zudem darin, dass diese auch für werdende Mütter mit niedrigem sozioökonomischem Status ansprechend sind, eine Gruppe, die mit bestehenden Standardmassnahmen bisher oft nur schwer erreicht werden konnte.

SMS-gesteuerte Reduktion bei Schwangeren

In dieser Studie teilnehmende schwangere Frauen erhielten im zweiten Trimester der Schwangerschaft (3. bis 6. Monat) über 5 Wochen hinweg immer dann eine SMS, wenn sie nach einem zuvor mit dem Studienleiter festgelegtem Plan rauchen durften (Pollak et al., 2013). Zusätzlich erhielten sie motivierende SMS zum Rauchstopp. Ziel dieses Programms war es, den Zigarettenkonsum während vier Wochen stufenweise auf null zu reduzieren. Beispielsweise erhielten die Frauen folgende SMS:

«Sie sind auf dem Weg zu 0 Zigaretten. Wenn Sie aktuell das Bedürfnis verspüren, zu rauchen, wäre jetzt der Zeitpunkt dafür. Antworten Sie bitte mit "s", wenn Sie in den nächsten 20 Minuten eine Zigarette rauchen und mit "ns" wenn Sie sich entscheiden, dies nicht zu tun.»

Entsprechend der Antwort der Teilnehmenden auf die vorangegangene SMS wurde das Programm adaptiert. Für die Effektprüfung erhielt die Kontrollgruppe ebenfalls die auch in der Interventionsgruppe versandten unterstützenden SMS für den Rauchstopp. Hingegen erfolgte keine graduelle Reduktion des aktuellen Rauchens mittels SMS.

Bei dieser Studie handelte es sich aktuell nur um ein Pilotprojekt. Die Autoren schlossen jedoch aus den Ergebnissen, dass das Programm gut durchführbar sei und von Schwangeren auch gut akzeptiert werde. Zudem war der Anteil aktuell Rauchender in der Gruppe mit gradueller Reduktion nach der Intervention geringer als in der Kontrollgruppe. Bei Schwangeren, die trotz der Intervention weiterrauchten, fand sich in der Gruppe mit gradueller Reduktion eine geringere Anzahl Zigaretten pro Tag verglichen zur Kontrollgruppe. Mögliche von den Autoren diskutierte Verbesserungsmöglichkeiten wären ggf. eine geringere Anzahl SMS pro Tag (wurde von einigen Teilnehmerinnen als zu viel empfunden) sowie die Berücksichtigung von Zeiten, in denen die Frauen sowieso nicht rauchen konnten, bspw. auf der Arbeit.

Körperliche Aktivität zum Rauchstopp während der Schwangerschaft

Körperliche Aktivität kann bei einem Rauchstopp in der Schwangerschaft eine unterstützende Wirkung haben, da sie u. U. den Drang nach Nikotin und damit dem Rauchen dämpfen kann. Bei Schwangeren wurde dies bisher jedoch nicht systematisch getestet. Eine Studie, die sich erstmals mit dieser Möglichkeit auseinandersetzt, ist eine Untersuchung mit 789 Schwangeren in England (Ussher et al., 2015). Die Teilnehmerinnen erhielten während sechs Wochen entweder eine rein verhaltenstherapeutische Unterstützung (Kontrollgruppe) oder zusätzlich 14 Kurse mit überwachtem Laufbandtraining (bis zu 30 Minuten mässig intensives Laufen) sowie Ratschläge zu sportlichen Aktivitäten in der Schwangerschaft. Die Frauen mit zusätzlichem Laufbandtraining wiesen bei der Geburt einen geringeren Anteil an Kaiserschnitten auf, hingegen rauchten sie nicht weniger als die Frauen der Kontrollgruppe. Weitere und besser an die Bedürfnisse von Schwangeren angepasste Studien sind nötig, um hierzu abschliessende Aussagen machen zu können. Die Autoren schliessen, dass körperliche Aktivität im Rahmen der Rauchentwöhnung

durchaus sinnvoll ist, auch wenn in der bisherigen Studie noch kein direkter Effekt auf das Rauchen erzielt werden konnte.

4.2.3 Erfolgsfaktoren bei vorgeburtlichen Massnahmen

- Das **Setzen finanzieller Anreize** bei verifiziertem Rauchstopp in der Schwangerschaft hat sich als erfolgsversprechende Ergänzung zu bestehenden Massnahmen erwiesen, auch wenn es noch weiterer Evidenz in diesem Bereich bedarf. Zudem können auch Frauen aus sozioökonomisch benachteiligten Gruppen für die Teilnahme an einer solchen Intervention gewonnen werden.
- Die **Berücksichtigung biopsychosozialer Kontextfaktoren und Risiken** in der Intervention kann zu besseren Resultaten führen, da gezielter auf die Ressourcen und Belastungen der Person eingegangen werden kann und diese besser integriert bzw. thematisiert werden können.
- Der **Einbezug des Partners** in den Rauchstopp – bestenfalls aktiv in Form eines gleichzeitigen Ausstiegs – sollte in den Massnahmen berücksichtigt sein. Bei fehlender Unterstützung der werdenden Mütter durch ihre Partner besteht ein höheres Risiko des Rückfalls oder Fortbestehen des Konsums.
- Wenn möglich sollten Massnahmen den **Rauchstopp über die Schwangerschaft hinaus thematisieren** bzw., falls dies nicht möglich sein sollte, Alternativen aufzeigen, z.B. in Form der Schaffung einer rauchfreien Umgebung und des Ansprechens der Verantwortung der Mutter / der Eltern für das Kind.
- Generell scheinen **intensive Programme** etwas effektiver zu sein, es gilt jedoch vorrangig auf die Qualität zu achten und Programme nicht zu überladen.

4.3 Kleinkindalter: Programme zum Schutz vor Passivrauchen in der Familie

4.3.1 Internationale Evidenz

Kinder und insbesondere Kleinkinder verbringen einen nicht unerheblichen Teil ihres Alltags in ihrem häuslichen Umfeld. Umso wichtiger ist es, sie in dieser Zeit vor dem Passivrauchen zu schützen. Ein aktueller Cochrane Review kommt zum Schluss, dass sich für Kurzberatungen hinsichtlich der negativen Folgen des Passivrauchens, welche sich in anderen Bereichen als durchaus wirksam erwiesen haben, bei Eltern zum Schutz vor Passivrauchen für ihre 0- bis 12-jährigen Kinder bisher keine klar belegte Wirksamkeit besteht (Baxi et al., 2014).

Basierend auf einer Metaanalyse zum Schutz von Kleinkindern vor Passivrauchen fanden die Autoren geringe protektive Effekte für Massnahmen zur rauchfreien Gestaltung des häuslichen Umfeldes: Nach der Durchführung dieser Massnahmen lag der Anteil der vor Passivrauchen geschützten Kinder in der Interventionsgruppe 7% höher als in der Vergleichsgruppe (Rosen, Myers, Hovell, Zucker, & Ben Noach, 2014). Ein aktueller Review zu Massnahmen zur Reduktion des Passivrauchens in der Familie bei Klein- und Kleinstkindern bestätigt diese Ergebnisse (Brown, Luckett, Davidson, & Di Giacomo, 2015). Die Studie machte jedoch auch deutlich, dass Programme, die Eltern von Kindern bis zu einem Jahr einbeziehen, vor allem darauf ausgerichtet sind, den elterlichen Tabakkonsum zu beenden, während Programme, die sich an Eltern mit Kindern zwischen einem und fünf Jahren richten, vorrangig praktische Massnahmen zum Schutz vor Passivrauchen im Haushalt im Fokus haben. Zudem fand sich, dass Programme mit Massnahmen zur Reduktion des Passivrauchens im Haushalt bei Kindern der Altersgruppe bis 5 Jahre bessere Ergebnisse erzielten als Programme, die auf einen Rauchstopp- bzw. Rückfallprophylaxe ausgelegt sind.

Zudem liess sich zwar zeigen, dass sich mit Massnahmen zur rauchfreien Gestaltung des häuslichen Umfeldes zwar die Raumlufte verbessern liess, es jedoch weitreichender Massnahmen bedarf, da Rauchbelastungen in der Wohnung auch bei einem eingeschränkten Konsum, z.B. auf der Terrasse oder dem Balkon, weiterbestehen, wenn auch in geringerem Masse (Rosen, Myers, Winickoff, & Kott, 2015).

Die Autoren weisen zudem darauf hin, dass es genau auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen zugeschnittener Programme bedarf, um Erfolge erzielen zu können (Brown et al., 2015). Entsprechende Ansätze finden sich z.B. in Programmen, die nicht nur das rauchende Elternteil, sondern die Familie als Ganzes und somit auch soziale Unterstützungsangebote in Betracht ziehen. Bei älteren Kindern werden darüber hinaus auch Programme diskutiert, die einen Mehrebenenansatz verfolgen, d.h. neben der Familie auch Gemeinden und weitere Akteure berücksichtigen (siehe auch Kapitel 4.4).

Ein weiterer Ansatzpunkt betrifft die Realisierung von strukturellen und politischen Massnahmen, die das Passivrauchen von Kindern und Jugendlichen limitieren können, und u.a. Gesetzesänderungen und lokale Verbote umfassen (Bartholomew, 2015).

4.3.2 Beispiele innovativer Massnahmen

Cotinin-Screening bei Kindern

Joseph et al. (2014) beschreiben eine Pilotstudie in den USA, im Rahmen derer in einer Kinderklinik zusätzlich zu einer Routineuntersuchung (Messung des Bleigehaltes im Blut) der Cotinin-Wert, ein Biomarker zur Einschätzung der Menge des inhalierten Tabakrauches, bei Kindern rauchender Eltern erfasst wurde. Die in dieser Studie berücksichtigten Kinder waren 12 oder 24 Monate alt. Die Resultate der Blutuntersuchung wurden den Eltern anschliessend per Post nach Hause geschickt und sie wurden zusätzlich telefonisch darüber informiert, dass der Cotinin-Wert im Blut ihrer Kinder anzeigt, dass diese schädlichem Passivrauch ausgesetzt waren. Allen teilnehmenden Eltern wurde daraufhin empfohlen, in der Wohnung oder im Auto ein striktes Rauchverbot einzuhalten. Zusätzlich wurde versucht, die Eltern mit einer Mischung aus motivationalem Interview und kognitiver Verhaltenstherapie ganz zum Rauchstopp zu bewegen, wofür ihnen auch zusätzlich Beratung und Hilfe, etwa in Form von Rauchstopp unterstützenden Medikamenten, angeboten wurde. Die Eltern, die in einen Rauchstopp-Versuch einwilligten, wurden anschliessend wöchentlich während bis zu acht Wochen telefonisch kontaktiert. Die Telefonberatung wurde von den Eltern häufig akzeptiert und in der Interventionsgruppe waren nach acht Wochen mehr Eltern rauchfrei als in der Kontrollgruppe, die die bisherige Standardbehandlung erhielt.

Webbasierte Intervention in einer Kinderklinik

Gillaspy et al. (2013) untersuchten die Wirksamkeit eines Programms in den USA, bei welchem rauchende Eltern, die ihre Kinder in die Kinderklinik begleiteten (mehrheitlich Mütter) vom Forschungsteam eingeladen wurden, ein webbasiertes Präventionsprogramm zu absolvieren. Im Rahmen dieses Programms wurde das Rauchverhalten der Eltern erfasst und im Anschluss ein personalisiertes Feedback gegeben, etwa zu ihrer Nikotinabhängigkeit, den geschätzten Kosten ihres Tabakkonsums und den Gefahren für andere Familienmitglieder durch Passivrauchen. Zu einem späteren Termin gab verglichen mit der Kontrollgruppe (deren Daten wurden auch erfasst, sie erhielten jedoch kein personalisiertes Feedback) ein grösserer Anteil der Eltern in der Interventionsgruppe an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Unterschiede im effektiven Rauchverhalten liessen sich zwischen den beiden Gruppen jedoch nicht nachweisen. Das Programm belegt somit eher Effekte für ein gestiegenes Problembewusstsein und liesse sich ggf. mit Massnahmen zur Gestaltung einer rauchfreien Umgebung kombinieren. Ähnlich anderen Programmen konnte auch hier kein Rauchstopp erzielt werden.

Anti-Rauch-Sozialisation für Kinder

In den USA rekrutierten Jackson et al. (2016) Eltern, die kürzlich mit dem Rauchen aufgehört hatten und mit Kindern im Alter zwischen 8 und 10 Jahren, über eine Rauchstopp-Telefonhotline. Alle teilnehmenden Eltern wurden zufällig der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen und telefonisch interviewt zwecks Erfassung der Daten zum Beginn der Intervention. Der Interventionsgruppe wurde zusätzlich per Post monatlich (über sechs Monate hinweg) ein Interventionskit zugestellt. Dieser enthielt ein Heft zur Motivationsstärkung der Eltern um rauchfrei zu bleiben und Material, das die Bereitschaft der Eltern für die Anti-Rauch-Sozialisation ihrer Kinder erhöhen sollte sowie Anleitungen für strukturierte Anti-Rauch-Sozialisations-Aktivitäten mit ihren Kindern. Bei einer Nachbefragung 12 Monate nach der Intervention waren die Eltern der Interventionsgruppe deutlich häufiger noch nichtrauchend als jene der Kontrollgruppe. Die Autoren vermuten, dass die Eltern durch die Vermittlung der Nicht-Raucher-Botschaften an ihre Kinder den Inhalt selbst besser internalisierten, ein gesteigertes Verantwortungsbewusstsein gegenüber ihren Kindern entwickelten und dadurch ein Widerspruch zwischen den vermittelten Nicht-Rauch-Botschaften und einem erneuten Rauchbeginn wahrscheinlicher wird. Der präventive Anspruch dieser Massnahme liegt auf der Hand: ein Rauchstopp der Eltern reduziert einerseits Second-Hand-Smoke für die Kinder, andererseits sind die Eltern ein besseres Vorbild für die Kinder. Dies und die Anti-Rauch-Sozialisation können auch die Chancen verringern, dass die Kinder später selbst mit dem Rauchen anfangen.

Thirdhand-smoke

Drehmer et al. (2014) untersuchten den Einfluss des Wissens der Eltern über die Auswirkungen von third-hand-smoke auf das Rauchverhalten. Mit third-hand-smoke (angelehnt an second-hand-smoke, eine deutsche Übersetzung hat sich bisher nicht etabliert) sind giftige Rückstände in Innenräumen, vor allem Wohnungen und Autos, aber auch an Kleidern, gemeint, die noch lange nach dem Rauchen nachweisbar sind und die Gesundheit der Kinder langfristig gefährden können. Kinder können diese Rückstände durch die Atemluft, Hautkontakt oder orale Einnahme (z.B. das Anfassen oder Ablecken von belasteten Gegenständen) aufnehmen. Die Resultate dieser Studie zeigen, dass Eltern, die gut über die Gefahren von third-hand-smoke informiert waren, kritischer über ihr Rauchen dachten, strikte Rauchverbote im Haus und im Auto umsetzten und eine grössere Bereitschaft zeigten, mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Die Autoren schliessen daraus, dass die Aufklärung über die Risiken von third-hand-smoke im Rahmen familiäre Prävention sinnvoll ist, damit Eltern Nichtrauchregeln in Innenräumen besser umsetzen und eventuell sogar einen Rauchstopp versuchen.

4.3.3 Erfolgsfaktoren bei Massnahmen im Kleinkindalter

- Die **Förderung einer rauchfreien Umgebung** findet bei den Eltern zumeist eine höhere Akzeptanz und erzielt damit bessere Erfolge als eine ausschliessliche Fokussierung auf den elterlichen Rauchstopp. Letzteres wird selten langfristig umgesetzt.
- **Berücksichtigung des third-hand smoke**, da auch bei Einhaltung gängiger Rauchregeln, wie etwa des Nichtrauchens im Beisein des Kindes, aufgrund der Rauchanhaftungen auf Kleidung und Gegenständen über den Konsum hinaus eine Rauchbelastung besteht, die, wenn auch in geringerem Masse, für das Kind schädlich ist.
- Massnahmen mit einem **Mehrebenenansatz**, d.h. Präventionsmassnahmen auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlicher Distalität zu Familien erhöhen die Wahrnehmung und können zu höheren präventiven Erfolgen führen.
- Massnahmen, die zusätzlich auf die **Verwendung von Biomarkern** setzen, d.h. biologisch nachweisbare Expositionen der Kinder als Einstieg für eine Intervention bei deren Eltern nutzen. Jedoch braucht es bei diesen Massnahmen die Zustimmung der Eltern, falls bei den Kindern zusätzliche Untersuchungen vorgenommen werden (etwa Blutuntersuchungen).
- Die **Nutzung von aktuellen Lebensereignissen** (z.B. Begleitung der Kinder ins Spital wegen einer akuten Atemwegserkrankung) **oder Lebensübergängen** (z.B. Eintritt in Kindergarten).

4.4 Kindes- und frühes Jugendalter: Aufbau protektiver Faktoren

4.4.1 Internationale Evidenz

Die Kindheit hat weitgehende Auswirkungen auf die spätere Jugend und das Erwachsenenalter, weshalb auch hier präventive Massnahmen wichtig sind. Diese Interventionen könnten auch besonders kosteneffektiv sein, da sie ansetzen, bevor Probleme zu beheben sind. In diesen Programmen geht es insbesondere darum, die Widerstandsfähigkeit und andere Fähigkeiten der Kinder zu verbessern, für die positive Einflüsse durch die Familie zentral sind. Einige Programme, die sich zum Teil an Kinder im Vorschulalter und deren Familien richteten, konnten positive Effekte auf die Entwicklung und das Wohlbefinden der Kinder in späteren Lebensphasen feststellen. Allerdings gelang es bisher nicht, positive Effekte derartiger Programme auf den Tabakkonsum nachzuweisen, in einer Studie zeigte sich aber ein reduzierter Cannabiskonsum (Jackson, Henderson, Frank, & Haw, 2012b; Kleinjan & Engels, 2014). Um hierzu sichere Aussagen machen zu können, wären sicher noch mehr umfangreiche Langzeitstudien notwendig (siehe dazu auch Abschnitt «Limitationen» in Kapitel 7).

Ein weiterer Review von Petrie et al. 2007 zu elternbasierten Programmen zur Prävention von Substanzen allgemein kam auch zum Schluss, dass die erfolgreichen familienbasierten Programme für Kinder im Grundschulalter und früher Jugend gemeinsam hatten, dass sie auf eine aktive Involvierung der Eltern und auf die Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder setzten, statt ausschliesslich den Substanzkonsum zu thematisieren.

Ein wichtiger protektiver Faktor besteht zudem darin, wenn die Eltern selbst keinen Tabak konsumieren, insbesondere in der Familienwohnung, da Jugendliche, die in Nichtraucher-Haushalten aufwachsen, insgesamt weniger rauchen. Dieser Effekt ist auch noch vorhanden, aber deutlich schwächer, wenn die Eltern ausserhalb der Wohnung trotzdem rauchen. Auch sollten nichtrauchende Eltern andere Erwachsene nicht in ihrer Wohnung rauchen lassen (Emory, Saquib, Gilpin, & Pierce, 2010).

4.4.2 Einschub: Lebenskompetenzmodelle

Jenseits tabakspezifischer Programme werden in dieser Altersgruppe jedoch auch unspezifische, nicht allein auf Substanzkonsum, ausgerichtete Programme, die auf einer Steigerung der Lebenskompetenzen basieren, angewandt. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Bühler & Thruhl, 2013) fand bei dieser Art Programme Hinweise auf deren Wirksamkeit im Bereich der Alkoholprävention. Für Tabak fanden sich nur vereinzelte Studien. Diese liefern Hinweise auf eine mögliche präventive Wirkung beim Rauchverhalten, aber nicht beim Einstieg in den Konsum. Die aktuelle internationale Evidenz stammt jedoch überwiegend aus schulbasierten Präventionsprogrammen.

Generell finden Lebenskompetenztrainings insbesondere in der schulischen Suchtprävention Anwendung. Ziel dieser Programme ist die Vermittlung und das Training genereller, nicht Substanzkonsum spezifischer Fertigkeiten («Life Skills») wie Problemlösestrategien, Auf- und Ausbau kreativen und kritischen Denkens, Strategien zur Stress- und Gefühlsbewältigung, Fördern der Selbstwahrnehmung und Empathie sowie die Fähigkeit, eigenständig Entscheidungen zu treffen. Häufig postuliert der theoretische Hintergrund dieser Programme keine direkte Wirkung der Intervention auf (späteren) Substanzgebrauch, vielmehr gehen die evaluierten Lebenskompetenzprogramme von einer über verschiedene Variablen vermittelten Wirkung der Massnahme auf den Substanzkonsum aus. Erfolgreiche Programme umfassen entsprechend neben der Suchtprävention auch explizit andere Interventionsziele, wie beispielsweise den Umgang mit Aggression und Frustration. (z.B. Botvin & Griffin, 2004).

Ein zentrales Element erfolgreicher Lebenskompetenzprogramme ist die aktive Auseinandersetzung der Kinder und Jugendlichen mit den Inhalten der substanz- und verhaltensspezifischen Komponenten des Programms. So kann eine aktive Beteiligung der Kinder und Jugendlichen zu einer Zunahme kritischer Einstellungen und einer Abnahme des tatsächlichen Konsums beitragen, während eine nichtaktive Um-

setzung bestenfalls zu einem Wissenszuwachs führen kann. Als zentrale Aspekte bei der aktiven Umsetzung werden Diskussion, Anregung zu einer Reflexion sowie das Herstellen des Bezugs zur eigenen Person ebenso gesehen, wie das Einüben und Erproben neuer Fertigkeiten im Alltag. Die Langfristigkeit der Massnahme und ein Beginn vor Eintritt der Adoleszenz tragen ebenso entscheidend zur Wirksamkeit des Programms bei. Für punktuelle Massnahmen liess sich keine nachhaltige Wirkung feststellen.

Im Setting Familie erscheint ein Präventionsansatz im Rahmen von Lebenskompetenzmodellen durchaus vielversprechend, wobei die Anwendbarkeit im familiären Setting eher in Form von Erziehungsstilen und der Kommunikation zwischen Kindern und Eltern gesehen werden muss und weniger im Rahmen klassischer im schulischen Kontext angewandter Lebenskompetenzansätze. Bedacht werden muss dabei vor allem, dass Programme vergleichsweise früh im Kindes- und frühen Jugendalter ansetzen müssen, beispielsweise mit acht Jahren. Damit Effekte eines derartigen Programms im Jugendalter nachgewiesen werden können, müssen die Kinder und Jugendlichen auch mindestens über acht und mehr Jahre begleitet (z.B. Adressen bei Umzug erfasst werden) und die Inhalte wiederholt bzw. mit anderen spezifischen Massnahmen kombiniert werden.

Ansätze für derartige Programme unter Einbezug der Eltern sind das von der Fachhochschule Nordwestschweiz entwickelte und evaluierte Programm ESSKI (Eltern und Schule stärken Kinder, <http://www.esski.ch/>) sowie das ebenfalls in der Schweiz etablierte Programm Triple P (<http://www.triplep.ch>). Andere Beispiele sind das in Deutschland entwickelte, jedoch klar schulbasierte Programm IPSY (Information+Psychosoziale Kompetenz=Schutz; <http://www.ipsy.uni-jena.de/>). Für alle drei Projekte besteht eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation (Details finden sich auf den oben genannten Webseiten).

4.4.3 Erfolgsfaktoren bei Massnahmen im Kindes- und frühen Jugendalter

- **Stärkung der Eltern beim Auf- bzw. Ausbau zentraler Lebenskompetenzen ihrer Kinder** wie etwa Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten, da diese bei der Vermeidung späteren Substanzkonsums eine zentrale Rolle spielen können und in diesem Alter erlernt werden können, bevor ein grosses Risiko für den Einstieg in den Konsum besteht.
- Im Hinblick auf eine Ausweitung der Tabakprävention auf allgemeinere Konzepte wie etwa Ansätze im Rahmen der **Lebenskompetenzmodelle besteht in der Schweiz Erfahrung mit Programmen mit Elternfokus (TripleP) oder Elterneinbezug (ESSKI)**.
- Auch in dieser Altersgruppe sind Massnahmen zur **Vermeidung des Passivrauchens** bzw. der Rauchbelastung durch Rückstände auf Kleidung oder Gegenständen (third-hand-smoke) im familiären Kontext angeraten. Beide Massnahmen können zudem dazu beitragen, dass Kinder Nichtrauchen als normativ erfahren.

4.5 Jugendalter: Rauchbeginn verhindern oder hinauszögern

4.5.1 Internationale Evidenz zu individuellen Massnahmen

Neben präventiven Massnahmen im Rahmen der Schwangerschaft oder zur Vermeidung von Passivrauchen setzen die meisten familiären Programme zur Tabakprävention im Jugendalter an, da in dieser Altersgruppe zumeist ein Erstkontakt mit Tabak und anderen Substanzen erfolgt (Currie et al., 2012).

Auf internationaler Ebene ist die Qualität der Studien gemischt, relativ wenige Studien werden in den existierenden Reviews als qualitativ gut bewertet. Gründe hierfür liegen etwa in einer mangelhaften Ran-

domisierung, zu kurzen Zeiträume bis zur Nachuntersuchung, zu grossen Verlusten an Teilnehmenden bei der Nachuntersuchung oder unpassenden Analysemethoden (Jackson, Geddes, Haw, & Frank, 2012a). Im Folgenden werden die Ergebnisse verschiedener aktueller Reviews in diesem Bereich zusammengefasst.

Die zentralen Ideen der familienbasierten Tabakprävention bestehen überwiegend darin, die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern und die Eltern zu motivieren, ihre Kinder auch und gerade in der Adoleszenz weiter zu begleiten und ihnen klare Grenzen und Regeln zu setzen. Gemäss einer Umfrage unter Jugendlichen in den USA ist die Missbilligung der Eltern der Hauptgrund, keinen Tabak und andere Drogen zu konsumieren (U.S. Department of Health and Human Services, 2012).

Trotz dieser gemeinsamen Grundkomponenten sind die in dieser Altersgruppe realisierten Programme und Massnahmen zumeist sehr heterogen; sie reichen von Informationsbroschüren, die den Eltern im Rahmen eines high-schoolbasierten Programmes einmalig abgegeben werden (PBI, u.a. Turrisi et al., 2009) bis zu Programmen mit intensiven, mehrmals wiederholten Sitzungen mit Einbezug der Eltern und ihrer Kinder (z.B. das Strengthening Families Program, u.a. Spoth, Redmond, & Shin, 2001).

Im Folgenden sollen zunächst einige allgemeine Merkmale erfolgreicher Programme aufgeführt werden. Mehrkomponentenansätze, strukturelle Massnahmen und innovative Projektbeispiele ergänzen das Bild der Tabakprävention bei Jugendlichen im Setting Familie.

4.5.2 Allgemeine Merkmale erfolgreicher Programme

Das US Department of Health and Human Services (2012) schloss, dass die effektivsten familienbasierten Programme zum Tabakkonsum bei Jugendlichen eine oder mehrere der folgenden Eigenschaften berücksichtigten:

- Richteten sich gezielt mit selektiven Interventionen an Jugendliche mit hohem Risiko für Tabakkonsum;
- Kombinierten Trainings spezieller Fähig- und Fertigkeiten (Selbstwirksamkeit, Lebenskompetenzen) bei Jugendlichen mit zusätzlichen Übungen für die Eltern zu Hause;
- Fokussierten spezifisch auf die Familien mit Kompetenztrainings für die ganze Familie;
- Stellten den intervenierenden Personen genügend Zeit für ihr Training zur Verfügung;
- Überwachten die Qualität oder Zuverlässigkeit der Implementation und Umsetzung der Massnahme;
- Benutzten Interventionen mit Kompetenztrainings für Familien, die auf der Theorie zur Verhaltensänderung basierten (behavior change theory);
- Legten auf eine aktive Beteiligung der Eltern und ihrer individuellen Fähigkeiten ebenso Wert wie auf die sozialen Kompetenzen und die Selbstregulation bei den Jugendlichen.

Darüber hinaus stellten andere Reviews weitere Aspekte als zentral für erfolgreiche Tabakprävention heraus:

Nach Petrie (2007) sind Programme mit einem Fokus auf die Entwicklung von sozialen Kompetenzen und einem persönlichen Verantwortungsgefühl erfolgsversprechender als solche, die direkt auf den Substanzkonsum abzielen. Auch die aktive Teilnahme der Eltern ist ein Merkmal erfolgreicher Programme.

Intensivere Programme (zeitlich und inhaltlich) sind erfolgreicher als weniger intensive Programme, dies wurde sowohl bei Interventionen im Tabakbereich (Thomas, Baker, & Thomas, 2016) wie auch für alle Substanzen betreffende Elternprogramme (Kuntsche & Kuntsche, 2016) festgestellt. Intensivere Programme begleiten die Eltern oder Familien dabei über mehrere Termine und sind allgemein in den vermittelten Inhalten und Komponenten umfangreicher. Programme, die hingegen bspw. nur einmalig eine Informationsbroschüre an die Eltern abgeben sind deutlich kostengünstiger, weisen jedoch häufig auch kleinere präventive Effekte auf. Kuntsche und Kuntsche (2016) stellten dabei jedoch fest, dass für viele Programme die Intensität der Massnahme und die Belastung der Interventionsgruppe stark vermischt

sind: Hochrisikogruppen oder Jugendliche mit bestehendem Substanzkonsum werden häufig mit intensiveren Programmen angesprochen, während weniger intensive Programme häufig bei sozial besser gestellten Familien (high school students) oder in der Allgemeinheit (allen Schüler eines Jahrgangs) Anwendung fanden. Dies schränkt die Aussagekraft zur notwendigen Intensität einer Massnahme für präventiven Erfolg deutlich ein.

Ein weiterer zentraler Aspekt für den Erfolg von präventiven Massnahmen liegt in der Förderung der Eltern-Kind-Kommunikation auch und besonders im Jugendalter (Kuntsche & Kuntsche, 2016) sowie in der Förderung eines autoritativen Erziehungsstils (Thomas et al., 2016; Kuntsche & Kuntsche, 2016), welcher sich vor allem durch klare Regelsetzung und eine intensive Begleitung (parental monitoring) der Jugendlichen durch die Eltern auszeichnet. Ziel dieses Erziehungsstils ist dabei jedoch nicht, eine Verbotskultur zu etablieren, sondern durch eine liebevolle, durch gegenseitigen Respekt gekennzeichnete, Erziehung den Jugendlichen einen sicheren Rahmen für die Entwicklung zu gewährleisten.

Die beiden letztgenannten Aspekte lassen sich jedoch nicht erst im Jugendalter etablieren, sondern basieren massgeblich auf einer im bisherigen Leben gewachsenen Vertrauensstruktur zwischen den Eltern und dem/der Jugendlichen. Dies macht beide Elemente zu zentralen, aber nicht erst im Jugendalter beeinflussbaren Erfolgsfaktoren für die Prävention. Ziel familiärer Massnahmen kann somit nur die Bestärkung der Eltern im Aufrechterhalten dieser Erziehung liegen. Die Grundlagen dafür werden jedoch bereits im frühen Kindesalter gelegt.

4.5.3 Mehrebenenansätze

Schulbasierte Mehrebenenprogramme, unter anderem mit Einbezug der Eltern, wiesen in einem systematischen Review eine gute Wirksamkeit zur Reduzierung des Zigarettenkonsums auf (Shackleton et al., 2016). Dabei sind sowohl Programme effektiv, die sich auf das Rauchen fokussieren, wie auch Programme, die auf mehrere Risikoverhaltensweisen zielen. Allerdings scheint es nach der gegenwärtigen Evidenz so zu sein, dass Mehrebenenansätze für das Verhindern des Rauchbeginns geringere Effekte zeigen. Der Erfolg von Mehrebenenansätzen mag u.a. darauf zurückgehen, dass die in der Massnahme thematisierten Verhaltensweisen wie Tabakkonsum zumeist auch durch mehr als einen Kontext (Schule, Elternhaus, Peers, Gemeinde) beeinflusst sind und entsprechend viele verschiedene Faktoren und Einflüsse wirksam sind (Shackleton et al., 2016). Kohärente und zeitgleiche Botschaften und Massnahmen in verschiedenen Settings können einen grösseren Einfluss auf das Individuum ausüben, als vereinzelte Massnahmen in einem spezifischen Kontext. Zum Beispiel können auch die besten schulbasierten Programme nur eine begrenzte Wirkung entfalten, wenn die Eltern ihren Kindern keine Regeln setzen, Tabakkonsum tolerieren oder Zigaretten in der elterlichen Wohnung frei zugänglich sind.

In einem Review zu Schulprogrammen zur Prävention des Substanzkonsums und riskantem Sexualverhalten stellten Jackson et al. (2012a) fest, dass Programme, die auf verschiedenen Ebenen (z.B. individuelle Ebene, Peers, Schule, Familie, Kommunen) agieren, die grössten präventiven Erfolge aufwiesen. Bei der Mehrzahl der Programme handelte es sich primär um Massnahmen im Setting Schule, die jedoch die Eltern miteinbezogen, etwa durch die Mitgabe von Unterlagen an die Eltern oder das Anbieten von Elterngesprächen. Die Autoren vermuten, dass einige der untersuchten Programme effektiver wären, wenn sie statt bei 13- bis 14-Jährigen bereits im Grundschulalter (6 bis 10 Jahre) ansetzen würden, also in einem Alter bevor mit potentiell problematischen Verhaltensweisen experimentiert wird. Aktuell liegen jedoch nur wenige Studien zur Wirksamkeit von Massnahmen in der späten Kindheit / frühen Pubertät hinsichtlich späteren Risikoverhaltens wie Tabakkonsum vor.

Ein weiterer Ansatz sind computerbasierte Elterninterventionen. Diese sind nach Allen et al. (2016) erfolgreich bei der Prävention des Alkoholkonsums, relativ kostengünstig einzusetzen und wären eventuell auch für Tabak sinnvoll. Der Vorteil ist vor allem die Anpassungsfähigkeit dieser Programme an die Zielgruppe, etwa nach kulturellen Präferenzen oder bestimmten Bedürfnissen, auch kann man für Väter und

Mütter getrennte Programme anbieten und hat die Möglichkeit, über diese Wege auch Väter leichter zu erreichen.

4.5.3.1 Projektbeispiel: Nichtraucher –Verträge

Andersen et al. (2014) beschreiben ein dänisches Programm, das sich an 13- bis 15-jährige Schüler und Schülerinnen richtet und drei Komponenten umfasst:

- (1) Realisieren einer rauchfreien Schulumgebung, bei der Lehrkräfte nicht in Sichtweite der Schülerinnen und Schüler rauchen dürfen;
- (2) jeweils acht Schullektionen zum Rauchen pro Jahr über 3 Jahre hinweg, basierend auf einem Selbstwirksamkeitstraining
- (3) Etablierung eines Nichtraucher-Vertrags zwischen Eltern und Kind, in dem sich das Kind verpflichtet, ein Jahr lang nicht zu rauchen. Die Eltern verpflichten sich, mit dem Kind Gespräche über das Nichtrauchen zu führen und sie in ihrer Entscheidung, nicht zu rauchen, zu unterstützen.

Eine Evaluation dieses Ansatzes mit 4'014 Schülerinnen und Schülern zeigte, dass in Schulen, in denen die Intervention durchgeführt wurde, verglichen mit Schulen ohne Intervention weniger Schülerinnen und Schüler ein Jahr nach der Intervention rauchten.

4.5.4 Strukturelle Ansätze

Die Abgrenzung struktureller von Mehrebenenansätzen ist mitunter schwierig; da strukturelle Massnahmen im Setting Familie häufig im Rahmen von Mehrebenenansätzen realisiert werden. Generell finden sich in der aktuellen internationalen Literatur nur vereinzelte Hinweise auf die Anwendung und Effizienz struktureller Massnahmen mit (alleinigem) Bezug zu Familien. Beispiele derartige Ansätze sind etwa die Förderung von Massnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine damit einhergehende bessere Betreuung der Kinder durch die Eltern, welche ihrerseits einen protektiven Einfluss auf deren Substanzkonsum haben bzw. für deren Lebenskompetenzen fördernd sein kann.

4.5.5 Beispiele innovativer Massnahmen

Individuelle Massnahme: Teenager helfen Eltern beim Rauchstopp

Patten et al., 2012 untersuchten eine Web-basierte Pilotstudie, bei der Teenager lernen sollten, ihre Eltern beim Rauchstopp zu unterstützen. Die Jugendlichen waren zwischen 13- und 19 Jahren alt und rauchten selbst nicht. Die Jugendlichen erhielten eine Broschüre namens «Flip the Script» (bezugnehmend auf den Ansatz des Programms, die Rollen zwischen Jugendlichen und Eltern hinsichtlich Gesundheitsverhalten einmal zu tauschen) zu Themen wie Effekten des Rauchens auf die Gesundheit, Nikotinabhängigkeit, Strategien zur Kommunikation mit den Eltern über das Nichtrauchen und Gründen für einen Rückfall. Die Jugendlichen in der Experimentalgruppe nahmen zusätzlich an fünf wöchentlichen «Support Skills Trainings» teil, die die Jugendlichen befähigen sollten, ihre Eltern besser beim Rauchstopp zu unterstützen. Die Autoren schliessen, dass dieser Ansatz gut umsetzbar ist und Potential hat. Die Effektivität der Massnahme müsste allerdings noch in grösseren Studien untersucht werden. Auch zu untersuchen wäre, ob sich durch die Schulung in der Unterstützung der Eltern als Nebeneffekt auch das spätere Rauchverhalten der Teenager beeinflussen liesse.

Individuelle Massnahme: Bupropion unterstützte Rauchstopps bei Jugendlichen

Die Studie kombinierte eine auf Bupropion basierende Therapie, einem Medikament zur Unterstützung von Rauchstopps, mit einer Elternintervention (Ames et al., 2008). Die teilnehmenden Jugendlichen waren zwischen 14 und 18 Jahren alt. Bupropion wurde den Jugendlichen während 12 Wochen abgegeben.

In der Experimentalgruppe war das Ziel, dass die Eltern den Rauchstopp ihrer Jugendlichen unterstützen. Dazu nahmen die Eltern an vier Gesprächen teil. In diesen Gesprächen wurden den Eltern die Grundlagen der Intervention erklärt, potentielle Hindernisse für den Rauchstopp ihres Kindes diskutiert, die Einführung eines rauchfreien Haushalts empfohlen, auf eine Verbesserung der Eltern-Kind-Kommunikation hingewirkt und diverse Strategien zur Unterstützung des Rauchstopps vermittelt. Es handelte sich dabei um eine Pilotstudie, die Elternintervention führte in dieser kleinen Stichprobe zu keiner besseren Teilnahme an der Therapie oder zu mehr wahrgenommener Unterstützung beim Rauchstopp seitens der Familie. Ein Grund für das Scheitern wurde jedoch u.a. darin gesehen, dass die Hälfte der unterstützenden Eltern selbst rauchte und daher von den Jugendlichen nicht als glaubwürdige Botschafter für das Nicht-Rauchen wahrgenommen wurden. Es wäre daher wichtig, den Jugendlichen zu vermitteln, sich trotz rauchender Eltern um einen Rauchstopp zu bemühen.

Individuelle Massnahme: Zugangsbeschränkung zu Zigaretten durch die Eltern

Robinson et al. (2015) versuchten über pädiatrische Praxen in den USA tabakkonsumierende Eltern mit Kindern im Alter von 9 bis 15 Jahren zu erreichen, um ihnen nahezubringen, ihre eigenen Zigaretten den Kindern nicht zugänglich zu machen. Die Eltern sind häufig unbeabsichtigt eine Quelle für die ersten Zigaretten von Kindern, was die Chance auf eine spätere Raucherkarriere erhöht. Die Intervention führte dazu, dass die Eltern die Möglichkeiten des Zugangs der Kinder zu Zigaretten limitierten und zudem weniger in der Wohnung rauchten, wodurch zusätzlich das Passivrauchen der Kinder reduziert werden konnte. Bei dieser Studie handelte es sich aktuell nur um eine Pilotstudie, bei dem Kinderärzte und –ärztinnen während einer Stunde für das Durchführen der Gespräche mit den Eltern ausgebildet wurden.

Schulbasierter Mehrebenenansatz aus den Niederlanden

Malmberg et al (2014) beschreiben ein schulbasiertes Programm in den Niederlanden bei 12-jährigen Schülerinnen und Schülern mit vier verschiedenen Komponenten: (1) ein e-learning-Modul bestehend aus Filmen, Animationen und interaktiven Aufgaben zu Alkohol, Tabak und Cannabis, die die Fähigkeiten der Schüler im Umgang mit diesen Substanzen fortlaufend steigern sollen; (2) die elterliche Beteiligung in Form eines Elterntreffens, an dem über das Programm und die behandelten Substanzen informiert wird; (3) Formulierung klarer Schulregeln bezüglich Substanzkonsum für Schüler, Schülerinnen, Lehrkräfte und anderes Schulpersonal (4) Kontrolle und Beratung: Ausarbeiten eines Protokolls, wie auf problematisches Konsumverhalten der Schülerinnen und Schüler zu reagieren ist. Die Evaluation beinhaltete drei Gruppen: Eine Interventionsgruppe mit dem E-Learning-Modul, eine Interventionsgruppe mit dem E-learning Modul und zusätzlicher elterlicher Beteiligung und eine Kontrollgruppe ohne Intervention. Beim längsten follow-up (32 Monate) zeigten sich keine Effekte auf den Alkohol-, Tabak- oder Cannabiskonsum der Schülerinnen und Schüler zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe. Die Autoren schliessen, dass ihr Programm in der gegenwärtigen Ausführung nicht effektiv ist. Mögliche Verbesserungen laut den Autoren wären eine höhere Intensität (mehr Sitzungen), fähigkeitsbasierte Interventionen und die Veränderung der Regelsetzung in der Familie. Eventuell waren die Jugendlichen in der Studie auch noch zu jung für den Inhalt des e-learning-Moduls.

Strukturelle Massnahmen / Mehrebenen «Communities That Care Programm»

Ein Beispiel für ein grossangelegtes strukturelles Programm ist das «Communities That Care Programm» (CTC) aus den USA (Hawkins, Oesterle, Brown, Abbott, & Catalano, 2014). Dabei wurden zwölf kleinere Gemeinden (zwischen 1'500 und 50'000 Einwohnern) darin unterstützt, die Problembereiche Jugendlicher in der Gemeinde zu identifizieren und diesen mit getesteten und innovativen Präventionsprogrammen entgegenzutreten. Die Programme richteten sich primär an 10- bis 14-Jährige (5. bis 9. Klasse des amerikanischen Schulsystems) sowie an deren Familien und Schulen. Als Kontrollgruppe wurden zwölf den teilnehmenden Gemeinden möglichst ähnliche Kommunen ausgewählt. Zur Kontrolle der Effektivität der Massnahmen wurden 4'407 Schüler der fünften Klasse im Jahr 2003/4 befragt und bis zur zwölften Klasse begleitet.

Es zeigte sich, dass in den Gemeinden mit dem CTC-Programm verglichen zu den Kontrollgemeinden weniger Jugendliche der zwölften Klasse berichteten, jemals Tabak, Alkohol oder anderen Drogen konsumiert bzw. weniger Straf- oder Gewalttaten verübt zu haben. Hingegen fanden sich weder Effekte des Programms hinsichtlich der Prävalenzen dieser Indikatoren in den 30 Tagen oder 12 Monaten vor der letzten Befragung. Gemäss den Autoren könnte dies damit zusammenhängen, dass sich die Programme an Schulkinder in der 5. bis 9. Klasse richteten, aber für die älteren Jugendlichen in der high-school kaum Präventionsprogramme angeboten wurden, so dass in der 12. Klasse kaum mehr unmittelbare Effekte festzustellen waren.

4.5.6 Ältere Jugendliche (16+)

Sicher bleiben zentrale Aspekte der Tabakprävention bei den jüngeren Jugendlichen auch für diese Altersgruppe aktuell, zusätzlich werden mit steigendem Alter aber auch Massnahmen zum Rauchstopp relevanter. Zur familienbasierten Tabakprävention bei Jugendlichen im Alter ab 16 Jahren gibt es kaum evidenzbasierte Befunde. Insbesondere familienbasierte Massnahmen zum Rauchstopp wurden nach Wissen der Autorinnen und Autoren bisher nicht evaluiert. Grundsätzlich hat aber die Familie auch im jungen Erwachsenenalter noch Einfluss und kann zumindest eine Vorbildfunktion übernehmen. Dies hängt jedoch stark davon ab, ob die jungen Erwachsenen noch mit den Eltern zusammenwohnen oder bereits ausgezogen sind. Auf Basis der Literaturanalyse, sowie auch aufgrund der Hinweise der Fachpersonen, lassen sich für diese Altersgruppe keine klaren Empfehlungen zur familienbasierten Tabakprävention abgeben. Es erscheint jedoch wichtig, dass zwischen der Tabakprävention für Jugendliche und Angeboten zum Rauchstopp bei Erwachsenen keine Lücke bei der Bereitstellung von Angeboten besteht und Angebote geschaffen werden, die sich gezielt auf junge Erwachsene ausrichten und deren Bedürfnissen Rechnung tragen.

4.5.7 Erfolgsfaktoren bei Massnahmen im Jugendalter

Good-practice-Kriterien:

- Massnahmen, welche die **elterliche Rolle und elterliche Kompetenzen stärken** und dies insbesondere vor dem Hintergrund der sich wandelnden Eltern-Kind-Beziehung im Jugendalter. Hier gilt es, die Eltern darin zu bestärken, dass trotz grösserer Autonomie der Jugendlichen bestimmte Regeln eingehalten (z.B. bezüglich Substanzkonsum, Ausgehzeiten) und Regelverstösse sanktioniert werden
- Im Rahmen der Erziehung hat sich ein **autoritativer Erziehungsstil**, d.h. eine liebevolle Unterstützung mit klarer Regelsetzung und –kontrolle als erfolgreich für alle Altersgruppen erwiesen.
- Neben einer liebevollen Erziehung wird die Aufgabe der Eltern vor allem in einer **stringenten, klar kommunizierten Regelsetzung und Regelkontrolle** gesehen
- Ferner wird das **elterliche Monitoring der Aktivitäten der Jugendlichen**, d.h. die Kenntnis um deren Aufenthalt, die Aktivitäten ausserhalb der elterlichen Aufsicht sowie ihrer Freunde als

zentrales Element bei der Verhinderung oder Verringerung jugendlichen Problemverhaltens gesehen. Idealerweise sollte diese Kenntnisse nicht durch Kontrolle durch die Eltern erlangt werden, sondern durch ein spontanes Offenbaren des oder der Jugendlichen basierend auf wechselseitigem Vertrauen.

- Ein weiteres Ziel sollte auf die **Verbesserung (bzw. Aufrechterhaltung) der Eltern-Kind-Kommunikation** gelegt werden. Auch im Jugendalter ist es zentral mit dem / der Jugendlichen im Gespräch zu bleiben, um so u.a. das Monitoring, kommunizierte Regelsetzung und deren Verhandlung überhaupt erst zu gewährleisten.

Methoden erfolgreicher Interventionen

- Hinsichtlich der **Intensität** der verschiedenen Programme haben jene mit mehreren Sitzungen und längerer Dauer in der Regel zu etwas besseren Ergebnissen geführt als einmalige Interventionen.
- Auch bei Jugendlichen haben sich **Mehrebenenansätze**, d.h. Interventionen, welche mit gleichem Inhalt und Ziel auf verschiedenen Ebenen (Familie, Schule, Freizeit) jugendlichen Substanzkonsum thematisieren als etwas erfolgreicher erwiesen. Jedoch sind sie auch kosten- und arbeitsintensiv und erfordern eine hohe Koordination, Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren der verschiedenen Ebenen.
- Ein zentrales Element aller erfolgreichen Massnahmen liegt jedoch in der regelmässigen Kontrolle der **Qualität** der Implementation der jeweiligen Massnahme durch die mit der Zielgruppe arbeitenden Akteure.
- Es bedarf daher einer umfassenden, eventuell durch Auffrischungen ergänzten, **Ausbildung der Multiplikatoren**, welche direkt mit der Zielgruppe arbeiten.
- Für den Erfolg der Massnahmen notwendig sind zudem eine genaue **Kenntnis der Zielgruppe** sowie ein gezieltes Abstimmen der Inhalte und Komponenten der Massnahme auf die jeweiligen Bedürfnisse, Ressourcen und Hindernisse in Form von spezifischen Programmen.
- Für eine erfolgreiche Umsetzung jedweder Massnahme sind die **Identifizierung** der bereits im Feld tätigen Akteure sowie die **Zusammenarbeit mit für den Erfolg relevanten Multiplikatoren und Organen** notwendige Voraussetzungen.

4.6 Meinung der befragten Fachpersonen

Wie im Kapitel 2.2 bereits erläutert, wurden im Rahmen einer Fokusgruppendifkussion und Einzelinterviews ausgewählte Fachpersonen zu ihren Ansichten und Erfahrungen über und mit Tabakprävention im Setting Familie befragt. Basierend auf einer kurzen Präsentation der Ergebnisse der internationalen Evidenz wurden die bei der Fokusgruppendifkussion anwesenden Fachpersonen zu ihrer Einschätzung der Relevanz dieser Massnahmen für die Tabakprävention in der Schweiz befragt.

4.6.1 Verbreitung und Anwendbarkeit der in der Literatur gefundenen Ansätze in der Schweiz

Die Fachpersonen verwiesen darauf, dass einige der in der Literaturanalyse gefundenen Ansätze in der Schweiz bereits umgesetzt werden. Als Beispiele wurde ein Programm zur Mütter-/ Väterberatung durch extra zu diesem Zweck geschulte Hebammen oder Stillberaterinnen genannt. Dabei handelt es sich um ein Projekt der Lungenliga, das dem Multiplikatorenansatz folgt. Zunächst werden nur wenige Hebammen direkt ausgebildet, diese übernehmen dann die Ausbildung ihrer Arbeitskolleginnen (Peers). Die Priorisierung liegt in diesem Projekt nicht auf einem Rauchstopp der Eltern, sondern darin, das Kind vor Passivrauch zu schützen, etwa indem nicht mehr in geschlossenen Räumen geraucht wird. Ein derartiges Vorgehen wurde bereits im Rahmen der Literaturanalyse als ein vielversprechender Ansatz identifiziert. Darüber hinaus besteht ein Flyer der in Zusammenarbeit der Hebammen- und den Kleinkinderpflegeorganisationen erstellt wurde und über die Risiken des Passivrauchens, dem Rauchen während der Stillzeit und über Unterstützung zum Aufhören informiert.

Ein weiteres Angebot (Femmes-Tische) zielt auf die Erreichung von Frauen mit Migrationshintergrund. Dieses Angebot ist gut integriert und wird rege genutzt. Neben anderen Themen werden auch Gesprächsrunden zum Thema Tabak angeboten, wobei einerseits das Thema «Verhindern des Tabakkonsums bei Jugendlichen» und andererseits das Thema «Passivrauchen in der Familie» angesprochen werden. Häufig ist das Problem des Passivrauchens bei der Zielgruppe (Frauen mit Migrationshintergrund) bis anhin nur wenig bekannt. Ein Problem wird jedoch darin gesehen, dass mit diesem Programm die Männer nicht erreicht werden. In einigen patriarchalischen Familienstrukturen, insbesondere in Migrationsgruppen, stellt dies ein Problem dar, da Tabak hauptsächlich von den Männern konsumiert wird und auch der Patriarch (unter Umständen ist dies auch der Grossvater oder das Sippenoberhaupt, den man durch Familieninterventionen nicht direkt erreicht) entscheidet, ob überhaupt geraucht wird, ob in der Wohnung geraucht wird, bzw. was davon zu halten ist.

Darüber hinaus berichten die Fachleute, dass weitere Bestrebungen im Rahmen von Mehrebenenansätzen bestehen, diese sich mitunter aber nicht realisieren lassen, da es nicht gelingt, alle relevanten Akteure für diese Projekte zu begeistern. Ein Problem wird u.a. darin gesehen, dass die Akteure häufig verschiedenen Organisationsstrukturen, etwa Departementen, angehören, was die Koordination derartiger Massnahmen erschweren kann. In kleineren Kantonen, wo quasi die ganze Administration im gleichen Haus sitzt und eine Person oft für mehrere Felder verantwortlich ist, stellt dies hingegen weniger ein Problem dar.

Zudem verweisen die Fachleute auf ein bekanntes Problem bestehender Angebote: Selbst bei recht niederschwellig angelegten Angeboten, wie etwa Informationsanlässen für Eltern organisiert durch die Schule, werden mehrheitlich nur ohnehin bereits motivierte und interessierte Eltern erreicht. Familien hingegen, die wirklich Unterstützung bräuchten, erreicht man oft nicht. Hier sehen die Fachleute die Notwendigkeit, andere Zugänge zu schaffen.

4.6.2 Nachfrage nach zielgruppenspezifische Ansätzen

Die Fachleute waren sich einig, dass mit den aktuellen Angeboten vor allem Frauen erreicht werden. Ein Ziel sollte es daher sein, zukünftig auch Väter besser erreichen zu können; dies wird jedoch generell als schwierig angesehen. Als Beispiele wurden während der Schwangerschaftsvorbereitung stattfindende Parallelkurse für werdende Väter mit Präventionsinhalten vorgeschlagen. Es wäre wichtig, die Väter bereits vor dem Jugendalter der Kinder zu erreichen und einzubeziehen. Es wird angemerkt, dass für Männer insbesondere Zahlen und Botschaften von Experten effektive, geschlechtsspezifische Ansätze zu sein scheinen. Aktuell werden insbesondere Männer in handwerklichen Berufen nicht einbezogen. Hier sehen die Fachpersonen eine Möglichkeit, Männer über typische Freizeitaktivitäten, etwa Sportanlässe oder Sportgeschäfte, aber auch Restaurants oder Bars, anzusprechen. Im Migrationsbereich müsste man gezielt die Opinionleaders suchen, wobei jedoch zwischen verschiedenen Migrationshintergründen unterschieden werden muss.

In der Diskussion wurden darüber hinaus auch Migrationsgruppen, sozial schlechter gestellte Familien (insbesondere auch ohne Migrationshintergrund) sowie die ländliche Bevölkerung als Zielgruppen für spezifische Ansätze genannt. So sei die ländliche Bevölkerung insbesondere gegenüber der städtischen Bevölkerung in Bezug auf präventive Angebote deutlich unterversorgt.

4.6.3 Gewichtung unterschiedlicher präventiver Massnahmen durch Fachpersonen

Im Rahmen des Fokusgruppengesprächs und der Interviews wurden die Fachpersonen zudem nach ihrer Einschätzung und Gewichtung verschiedener Ebenen für tabakpräventive Massnahmen befragt. Dabei wurden von der Moderatorin Gegensatzpaare verwendet.

Spezifische ↔ substanzübergreifende Prävention:

Die Fachpersonen sahen beide Ansätze im Setting Familie als relevant an, wobei jedoch eine Präferenz für substanzübergreifende Massnahmen bestand, da ein solches Vorgehen einer Stigmatisierung und des Eindrucks der «Missionierung» zuvorkommen könnte. Nach Aussage der Fachpersonen werden tabakpräventive Programme allein oft zu als zu direkt (taff) wahrgenommen.

Verhaltensebene ↔ Verhältnisebene:

Die Verhältnisebene wird oft unterschätzt und ist sehr wichtig, aber das Verhalten ist im Präventionsbereich besser zu beeinflussen, da die Verhältnisebene oft über die Politik umgesetzt werden muss, was mitunter sehr lange Zeit in Anspruch nehmen kann. Zudem weisen die Fachpersonen darauf hin, dass Verhaltensänderungen schlussendlich auch Verhältnisse verbessern können.

Primärprävention ↔ Therapie (Rauchstopp):

Generell wird durch die befragten Fachleute die Primärprävention als wichtiger angesehen, der Rauchstopp sollte deswegen aber nicht vernachlässigt werden und bestehende Rauchstopp-Angebote müssen sicher erhalten bleiben. In der Diskussion wurde auch erwähnt, dass eine Reduktion des Zigarettenkonsums für betroffene Eltern oft eine realistischere Option darstellen kann, als ein eigentlicher Rauchstopp.

Geschlechtersensible ↔ geschlechterinsensible Prävention:

Die Fachpersonen sprechen sich mehrheitlich für eine geschlechtsspezifische Prävention aus, da Suchtverhalten generell als sehr geschlechtsspezifisch wahrgenommen und erlebt wird. Im frühen Kindesalter wird dies jedoch als etwas weniger wichtig angesehen, gewinnt mit dem Jugendalter jedoch deutlich an Relevanz.

4.6.4 Weitere Anregungen durch die Fachpersonen basierend auf eigenen Erfahrungen

Eine der anwesenden Fachpersonen wies darauf hin, dass Präventionsprogramme in anderen Ländern beispielsweise sehr erfolgreich an medizinische Vorsorgetermine gekoppelt werden konnten. Dieses Vorgehen funktioniert zumindest bei Kindern vergleichsweise gut, wäre jedoch auch bei Jugendlichen wichtig und denkbar. Es wurde darauf verwiesen, dass bspw. in den USA bei Impfterminen jeweils auch ein Präventionselement eingesetzt wird.

Ferner wurde die Wichtigkeit von Verhältnisansätzen, z.B. Werbeverbote, betont. Diese müssten aber von anderen, allgemeineren Akteuren (politische Legislative, kantonale oder nationale Parlamente – Anmerkung der Autoren) übernommen werden.

Generell waren die befragten Fachleute der Ansicht, dass Eltern sich nicht aus ihrer erzieherischen Verantwortung ziehen dürfen, diese also nicht anderen gesellschaftlichen Organen, wie etwa der Schule, überlassen dürfen. Darüber hinaus waren die befragten Fachpersonen der Meinung, dass Interventionen am ehesten Erfolg haben, wenn sie in einem Alter realisiert werden, in dem die Eltern noch vergleichsweise einfach Einfluss auf ihre Kinder ausüben können. Andererseits wurde angeregt, Massnahmen zu treffen, die Eltern befähigen, länger Einfluss auf ihre Kinder nehmen zu können.

4.7 Diskussion der Ergebnisse

Soll Tabakprävention im Setting Familie mit Interventionen in anderen Settings kombiniert werden?

Ein Setting übergreifendes Vorgehen findet sich in der berücksichtigten Literatur bereits vergleichsweise häufig, da insbesondere die Schule von bestehenden Massnahmen häufig als idealer Zugang zu Familien genutzt wird. Auch die Empfehlung der Nutzung von Mehrebenenansätzen als erfolgsversprechende Konzepte bei der Prävention problematischer Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen muss als Hinweis in diese Richtung gesehen werden. Auch die befragten Fachpersonen waren sich darin einig, dass Verknüpfungen zur Schule genutzt werden sollten, bzw. wann immer möglich gleichlautende Präventionsbotschaften über verschiedene Bereiche an die Familien herangetragen werden sollten (vgl. auch Aussagen dazu in Kapitel 5).

Soll sich die Prävention auf Tabak fokussieren oder auch weitere Substanzen/Risikoverhalten einbeziehen?

Die Beantwortung dieser Frage basierend auf der wissenschaftlichen Evidenz richtet sich stark nach der betrachteten Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen. Während sich in der Schwangerschaft bis zum Kleinkindalter klar tabakzentrierte Massnahmen für die Zielgruppe der Eltern finden, haben sich im Kindes- und frühen Jugendalter Lebenskompetenzansätze bewährt, die weder gezielt auf Substanzkonsum, geschweige denn Tabakkonsum, ausgerichtet sind. Auch im Jugendalter machen die identifizierten Erfolgsfaktoren deutlich, dass es keiner tabakspezifischen Massnahmen bedarf, um erfolgreich präventiv tätig zu werden. Die befragten Fachpersonen sprachen sich ihrerseits für substanzübergreifende statt rein tabakzentrierte Ansätze aus (vgl. auch Kapitel 5).

Welche Präventionsansätze sind im Bereich Tabak und im Setting Familie erfolgsversprechend?

Für eine detaillierte Beantwortung dieser Fragen aus Sicht der internationalen Evidenz sei an dieser Stelle auf die altersgruppenspezifischen Erfolgsfaktoren in Kapitel 4 verwiesen. Gemäss der Einschätzung der Fachleute werden einige dieser Ansätze bereits in der Schweiz realisiert (u.a. Schulung von Hebammen und Stillberaterinnen, Berücksichtigung der Bedürfnisse spezieller Zielgruppe, z.B. mit Migrationshintergrund). Hier bestehen basierend auf den in der Literatur gefundenen Erfolgsfaktoren Anknüpfungspunkte für zukünftige tabakpräventive Massnahmen in der Schweiz.

Sollte im Setting Familie auch selektive und indizierte Tabakprävention durchgeführt werden?

Die internationale Literatur weist klar daraufhin, dass effektive Massnahmen spezifische Bedürfnisse, Merkmale und Ressourcen der Zielgruppen kennen und berücksichtigen müssen, um effektiv sein zu können. Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen erfordern somit nicht zwingend unterschiedliche Massnahmen, aber eine Berücksichtigung ihrer spezifischen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten. Auch die befragten Fachpersonen sprachen sich dafür aus, zielgruppenorientiert (z.B. Migrationsgruppen, Landbevölkerung, sozioökonomisch schlechter gestellte Familien) und gezielt auf deren Bedürfnisse ausgerichtet zu arbeiten.

Inwiefern sollte Tabakprävention im Setting Familie Alter und Gender der Zielgruppe berücksichtigen?

Die Listung der Ergebnisse in Kapitel 4.1 des vorliegenden Berichtes macht deutlich, dass sich die in den verschiedenen Altersgruppen getroffenen und international bewährten Massnahmen deutlich in ihrer Zielsetzung und den Inhalten unterscheiden. Basierend auf der internationalen Evidenz sowie der Meinung der befragten Fachpersonen empfiehlt sich eine altersspezifische Prävention im Setting Familie.

Hinsichtlich des Geschlechtes finden sich kaum wissenschaftliche Belege für die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Massnahmen. Jedoch wurde bis anhin dem Faktor Geschlecht bei der Wirksamkeitsprüfung bestehender Programme wissenschaftlich kaum Gewicht eingeräumt. Die befragten Fachpersonen sprachen sich hingegen dafür aus, geschlechtersensibel zu arbeiten.

Auf welcher Handlungsebene sollte Tabakprävention im Setting Familie ansetzen?

Die überwiegende Mehrzahl der internationalen Arbeiten bezog sich auf tabakspezifische Massnahmen im Rahmen der Verhaltensprävention. Belege für verhältnispräventive Massnahmen konnten anhand der in Kapitel 2.1. beschriebenen Suchkriterien für speziell dem Setting Familie zugerechnete Massnahmen nicht gefunden werden. Es ist jedoch bekannt, dass sowohl Preiserhöhung wie auch die Verringerung der Verfügbarkeit von Tabakprodukten (in Form von Vertrieb und Werbung) insbesondere auf die preissensitive Gruppe der Jugendlichen einen protektiven Einfluss hat. Hinsichtlich der Handlungsebene sprachen sich auch die befragten Fachpersonen eher für Massnahmen auf Ebene der individuellen Verhaltensbeeinflussung aus, da die Ebene der gesellschaftlichen Verhältnisse zwar ebenfalls wichtig ist, jedoch andere Akteure erfordert.

5 Netzwerke und Akteure im Setting Familie

5.1 Zusammenfassung der allgemeinen Eindrücke der Fokusgruppendifkussion

Generell kann gesagt werden, dass den befragten Fachpersonen aktuell bereits einige der in der Schweiz bestehenden Präventionsprogramme und –ansätze im Setting Familie bekannt waren, sie diese nutzen und überwiegend schätzen. In der Diskussion wurde jedoch deutlich, dass:

- 1) zumeist der leichteste Zugang zu den Familien (und damit Kindern und Jugendlichen) gewählt wird; d.h. in der Regel erfolgt der Zugang über die Schule.
- 2) die Prävention oder Intervention in der Familie zumeist in Hinblick auf Verhaltensweisen und Substanzen erfolgt, deren Konsum gesellschaftlich nicht akzeptiert ist (anders als Tabak und Alkohol) und die ernsthafte soziale Konsequenzen nach sich ziehen.

Die den Fachpersonen bekannten bestehenden Familienprogramme dienen häufig dazu, die aktuelle individuelle Situation der Familie zu verbessern. Eine Reduktion des Substanzkonsums der Eltern und / oder deren Kinder kann dabei ebenfalls ein Ziel sein, geniesst zumeist aber keine Priorität und wird allenfalls erst dann thematisiert, wenn andere, für die Betroffenen gerade drängendere oder existentielle, Probleme gelöst sind. Dies darf nicht per se negativ verstanden werden, können doch etwa Programme, die die Familiensituation verbessern, dazu beitragen, dass Eltern und / oder Kinder zukünftig weniger Substanzen konsumieren. Einige der bestehenden Projekte versuchen zudem, schädliche Auswirkungen des Rauchens während der Schwangerschaft und des Passivrauchs auf die Kinder zu begrenzen. Hingegen sind Projekte, die spezifisch und allein auf Tabak abzielen im Setting Familie aktuell kaum verbreitet oder bekannt. Dementsprechend ist die Tabakprävention zwar allen in diesem Setting befragten Fachpersonen ein wichtiges Anliegen, macht aber in der täglichen Praxis nur einen kleinen Teil der Arbeit aus.

Allgemein wird die Zielgruppenspezifität als sehr wichtig gesehen, wie beispielsweise Familien mit Migrationshintergrund oder die Landbevölkerung, welche man nicht mit den gleichen Ansätzen erreichen kann wie die städtische Bevölkerung. Zudem besteht bei einigen als zentral angesehenen Zugängen (wie etwa einer Tabakberatung der Eltern durch Kinderärzte) eine starke Konkurrenz mit anderen Themenbereichen, wie beispielsweise Ernährung oder Bewegung. Den Kinderärzten ist es schlicht nicht möglich, jedes dieser für sich zentralen Themen im Rahmen eines normalen Arztbesuches anzusprechen, ohne die Konsultationen für alle Beteiligten zu sehr in die Länge zu ziehen.

5.2 Kenntnis bestehender Angebote, wahrgenommener Erfolgsfaktoren sowie Lücken im Angebot

Einige Aussagen zu dieser Fragestellung finden sich bereits in der Einschätzung der Fachleute zur Integrierbarkeit der Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatursuche in die Schweizer Präventionslandschaft (vgl. Kapitel 4.6). So bestehen nach Aussage der Fachleute aktuell bereits viele Projekte im Setting Familien, die unterschiedliche Zielgruppen unterschiedlich gut erreichen. So werden Familien mit Migrationshintergrund recht gut über z.B. Familienförderungsprojekte erreicht, weil diese direkt beim Zuzug erfasst und rekrutiert werden können und es einige Projekte in diesem Bereich gibt, die gezielt Familien mit Migrationshintergrund ansprechen. Hingegen werden sozial benachteiligte Schweizer Familien mitunter deutlich schwerer erreicht (oder identifiziert). Hierbei ist es wichtig, darauf zu achten, dass, wie auch bereits im Kapitel 3 «Kontext» hinsichtlich der Definition des Begriffs Familie diskutiert, «die Eltern» oder «die Familien» keine homogene Gruppe darstellen und individuell sehr unterschiedlich Bedürfnisse aufweisen können.

Gemäss den Fachleuten ist in den meisten Familienprojekten Tabak jedoch gar kein Thema oder es wird nur am Rande behandelt. Ein Grund wird darin gesehen, dass Tabakkonsum die Funktionsfähigkeit der Familie und der Jugendlichen – im Gegensatz etwa zu illegalen Drogen – kurz bis mittelfristig nicht wesentlich beeinträchtigt. Daher sind weder die Jugendlichen noch die Eltern motiviert, Hilfe aufgrund ihres Tabakkonsums zu suchen. Bei vielen der bestehenden Projekte, z.B. Beratungen für schlechter gestellten Familien oder Sozialarbeit, hat Tabakkonsum daher eine relativ geringe Priorität und wird (wenn überhaupt) erst angesprochen, wenn die – aus der Sicht der betreuten Person und / oder der Familie - wichtigsten Probleme gelöst sind. Zentralere Probleme sind dabei beispielsweise die Angst vor Arbeitsplatzverlust, Angst um Drogenkonsum der Jugendlichen und deren Schulleistung. Zusätzlich ist es den Betroffenen häufig unangenehm, wenn der eigene Substanzkonsum thematisiert wird. In diesem Zusammenhang merkten die befragten Fachpersonen an, dass man das Thema Substanzkonsum (inkl. Tabak) nicht zu früh im Gespräch thematisieren kann, da man riskiert, die Person ggf. vor den Kopf zu stossen und allenfalls den Zugang zu ihr und ihrer Familie ganz zu verlieren. Eine Schwierigkeit der Eltern besteht häufig nicht zuletzt darin, den Kindern den Konsum von Substanzen zu verbieten, welche sie als Eltern selbst konsumieren. Es bedarf einer sehr genauen Reflexion (der betreuenden Fachperson und der Eltern), wie im Einzelfall mit diesem Widerspruch umgegangen werden kann.

Eine Fachperson war der Auffassung, dass es eher zu viele Tabakpräventionsprojekte gibt als zu wenige. Insbesondere gibt es viele Projekte, die getestet, aber dann abgebrochen werden, oft sind diese Programme in der Praxis nicht sehr akzeptiert. Diese Person verweist darauf, dass es nicht unbedingt mehr Projekten bedarf, die vorhandenen, aber besser koordiniert werden sollten. Diese Aussage bezog sich jedoch nicht explizit auf Tabakpräventionsprojekte im Setting Familie, sondern auf Tabakprävention allgemein. Eine weitere Fachperson sprach sich jedoch klar dagegen aus, bestehende Projekte aufzugeben.

Eine weitere Fachperson war der Auffassung, dass die Bewusstmachung der Schädlichkeit des Rauchens in der Schwangerschaft durchaus gut funktioniert, jedoch die Gefahr besteht, dass bei der werdenden Mutter ein Schuldgefühl erzeugt wird, welches seinerseits Stress verursacht, der ebenfalls schlecht für die Gesundheit der Mutter und des Kindes ist. Dies betrifft insbesondere werdende Mütter, die zwar ihren Zigarettenkonsum deutlich reduziert haben, aber nicht ganz damit aufhören konnten. Hier gilt es ferner zu berücksichtigen, dass an schwangere Frauen generell hohe Anforderungen gestellt werden und diese oft nicht für alle Anforderungen die notwendigen Ressourcen und Unterstützung haben.

Die Fachleute verwiesen ausserdem darauf, dass es bereits verschiedene Kurse für den Aufbau eines guten Erziehungsstils gibt. Diese Kurse wurden von ihnen als sehr sinnvolle Massnahmen im Setting Familie angesehen. Jedoch wird Regelsetzung ab einem gewissen Alter der Jugendlichen für die Eltern schwieriger. Daher sollte möglichst frühzeitig mit einer Schulung der Eltern begonnen werden. Zudem sollte versucht werden, sie in ihrer Möglichkeit der Einflussnahme auf die Kinder und Jugendlichen zu motivieren, so dass sie sich auch trauen, Regeln zu setzen. Triple P (positive parenting program, siehe auch Kapitel 4.4.2) wurde von den in der Fokusgruppe anwesenden Fachpersonen als ein gutes Beispielprojekt angeführt, da das Programm Eltern befähigen soll, Kindern klare Regeln zu setzen, ohne dabei eine Verbotskultur zu etablieren. Das Programm wird u.a. auch bei Eltern von Kindern mit Verhaltensschwierigkeiten empfohlen. Tabak ist jedoch auch im Rahmen dieses Programms kein prioritäres Thema.

Ferner wurde darauf hingewiesen, dass die häufig in der Literatur vorgeschlagene Förderung eines autoritativen Erziehungsstils nicht bei jeder Zielgruppe als zielführender Ansatz angesehen werden kann. So können unter Umständen Familien mit Migrationshintergrund, die häufig ein auf einem patriarchalischen System beruhendes Familienmodell aufweisen, mit dem Konzept nur wenig anfangen.

Darüber hinaus wurden die von Pro Juventute herausgegebenen Elternbriefe von den Fachleuten diskutiert. Diese werden in einigen Kantonen automatisch und über längere Zeit an Eltern versandt und infor-

mieren diese über die Entwicklung ihres Kindes⁴. Die Fachleute schätzen an diesen Elternbriefen, dass diese zum jeweiligen Entwicklungsmoment (z.B. Trotzphase) automatisch und für die Eltern kostenlos zugesandt werden. Jedoch fallen die damit in Verbindung stehenden Kosten bei den Kantonen an, so dass einige den automatischen Versand eingestellt haben. Für Familien mit Kindern im Jugendalter gibt es hingegen nur eine kostenpflichtige Broschüre, die die Fachpersonen als eher schwer zugänglich empfinden und die ihnen daher weniger geeignet scheint⁵.

Ein weiteres von den Fachleuten aufgeführtes Beispiel für ein vielversprechendes Projekt ist eine in Holland entwickelte Handy App, die Eltern, jeweils zugeschnitten auf das Alter ihrer Kinder, Informationen zu den Meilensteinen der Entwicklung ihrer Kinder bereitstellt. Dies wird von den Fachleuten als eine gute und vor allem auch für Väter interessante Informationsquelle angesehen, bietet es ihnen doch Möglichkeiten, sich ebenfalls mit der Kindesentwicklung auseinander zu setzen und sich so zu engagieren. Die Fachleute finden die Realisierung eines derartigen Programms wäre auch für die Schweiz prinzipiell eine gute Idee. Wesentlich für diese Einschätzung ist, dass diese App sehr langfristig angelegt wurde (Kindesalter von 3 Monaten bis 18 Jahre). Zudem wird darauf verwiesen, dass eine App oder ein Handygame für Jugendliche bei richtiger Umsetzung ggf. eine Idee für Tabakprävention wäre, da man die Jugendlichen im Bereich der neuen Medien wohl am besten abholen kann.

Auch in der Betreuung werdender Eltern sind die Konsequenzen des Rauchens während der Geburtsvorbereitung durchaus bereits ein Thema in der Schweiz. Jedoch liegt, wie auch bei den übrigen Massnahmen kein spezieller Fokus auf Tabakprävention. Dennoch nahmen die in diesem Bereich tätigen Fachpersonen eine Verbesserung im Vergleich zu früheren Jahren wahr. Es wurde jedoch angemerkt, dass die Eltern heutzutage über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens insgesamt vergleichsweise gut informiert sind. Zentrales Thema bei der Schwangerschaftsbetreuung ist eine mögliche Schädigung des Ungeborenen; die Folgen des Passivrauchens werden weniger thematisiert. Eltern werden jedoch über allgemeine Verhaltensregeln informiert (z.B. nicht in geschlossenen Räumen zu rauchen). Ferner wird auch auf die erhöhte Gefahr des plötzlichen Kindstods bei Rauchbelastung hingewiesen. Stillenden wird geraten, mindestens zwei Stunden vor dem Stillen nicht zu rauchen. Generell wurde von den Fachleuten angemerkt, dass die Kommunikation zum Tabak einfacher ist als beispielsweise beim Alkohol, da beim Tabak ganz einfach ein Totalverzicht kommuniziert werden kann. Generell empfehlen die befragten Fachpersonen jedoch eine vorsichtige Wortwahl bei der Tabakprävention mit Schwangeren, da diese leicht zu verunsichern und zu beunruhigen sind. So sollte versucht werden, den Frauen deutlich zu machen, dass sehr viele Menschen tabakabhängig sind und dies nicht alleine ihr Fehler ist. Ferner wurde angeregt, in Spitälern nach Möglichkeit dem Personal mehr Zeit zur Verfügung zu stellen, um umfassendere präventive Informationen weitergeben zu können. Ein Vorschlag lag in der Schaffung einer Art Präventionsgruppe, die Eltern aufsucht, um allgemeine Prävention im elterlichen Haushalt realisieren zu können. Tabak wäre jedoch auch hier nur eines von vielen notwendigen Themengebieten. Eine Fachperson empfahl sogar, Präventionsangebote weiter zu fassen, da diese möglichst nicht tabakspezifisch sein sollten, um eine Stigmatisierung rauchender Schwangerer zu vermeiden, was einen Erstkontakt erschweren könnte.

5.3 Erwartungen und Vorbehalte der Fachpersonen

Ein wichtiger Punkt für die Fachkräfte aus der Praxis war es, dass Programme oder Beratungen die aktuellen Bedürfnisse und Anfragen der Klienten aufgreifen müssen, da es diese Anliegen sind, die die Betroffenen den Kontakt mit den Fachpersonen suchen lassen. Die Fachleute betonten jedoch, dass eine Sensibilisierung für das Thema Tabak sicher möglich und sinnvoll wäre. Generell empfahlen die Fachleu-

⁴ von Geburt bis drittes Lebensjahr – Anmerkung der Autoren

⁵ kostenlose Elternbriefe für Eltern von 12- bis 16-Jährigen u.a. zum Substanzkonsum der Jugendlichen bietet auch Sucht Schweiz – Anmerkung der Autoren

te, Tabakprävention eher in bestehende Familienangebote zu integrieren, statt aufwendig neue Zugänge zu den Familien zu schaffen. Für die Gewinnung und Überzeugungsarbeit bezüglich der Wichtigkeit der Massnahmen bei den im Setting Familie bereits aktiven Akteure wäre es wichtig mit Zahlen und Fakten zu belegen, welchen «return of investment» diese von der Integration von tabakbezogenen Massnahmen zu erwarten hätten. Zudem wiesen sie darauf hin, dass «Sucht» wenn möglich als Paket verstanden und thematisiert werden sollte. Ausserdem gilt es zu beachten, weswegen, d.h. aus welchen Gründen und Motivationen heraus Suchtmittel verwendet werden, da der Konsum für einige Klienten auch eine Art Selbstverwirklichung bzw. Stressbewältigung darstellen könne.

Die Fachpersonen merkten zudem an, dass es gerade rauchenden Frauen häufig unangenehm ist, wenn man sie auf ihre elterliche Vorbildrolle angesprochen werden. Als möglicher Ansatz wurde unter den Fachpersonen die Möglichkeit eines gemeinsam vereinbarten Rauchstopps von Eltern und Kindern gesehen. Dies könnte z.B. im Rahmen eines Vertrags geregelt werden, wie man es etwa von der fernsehfreien Woche kennt. Ein zentrales Element besteht gemäss den Fachleuten jedoch darin, dass die Jugendlichen selbst mit in die Verantwortung genommen werden. Gemäss den Fachleuten sollte unbedingt vermieden werden, Eltern, die selbst Tabak konsumieren, im Rahmen einer Tabakpräventionsmassnahme zu stigmatisieren. Der Ansatz, Eltern als Vorbilder für ihre Kinder agieren zu lassen, funktioniert bei rauchenden Eltern nicht. An dieser Stelle sollte die Kommunikation präventiver Massnahmen auf einer anderen Grundlage aufbauen.

Hinsichtlich der Vermeidung von Schuldgefühlen bei den Eltern wiesen die Fachpersonen auch auf ein Dilemma der aktuellen Tabakprävention hin (klare und deutliche Präventionsbotschaften wirken schnell stigmatisierend und schuldzuweisend). Wie genau beiden Bereichen Rechnung getragen werden kann, konnten die anwesenden Fachleute jedoch nicht beantworten. In der Diskussion wurde darauf verwiesen, dass die Strategie, den Tabakkonsum direkt anzusprechen, nicht immer der beste Weg zu sein scheint. Vielmehr wurde vorgeschlagen, die Familien zunächst in den für sie aktuell relevanten Bedürfnisbereichen zu stärken, da Verbesserungen in allgemeineren, die Familienfunktion betreffenden Aspekten schlussendlich auch Auswirkungen auf Suchtprobleme haben können. Ferner wird darauf verwiesen, dass man versuchen sollte, nicht defizitorientiert zu arbeiten, sondern Positives anzusprechen. Zum Beispiel kann man die Botschaft, nicht in der Wohnung zu rauchen, durchaus positiv formulieren. Darüber hinaus ist es wichtig, den Eltern eine positive Wertschätzung entgegen zu bringen, auch wenn diese sich "nur" dafür entscheiden in der Wohnung nicht mehr zu rauchen.

Die Fachpersonen wiesen jedoch auch auf bekannte Probleme aktueller Massnahmen hin. So erreichen viele der bestehenden Programme nur jene Eltern, die ohnehin bereits für Prävention sensibilisiert sind, sich dafür interessieren und sich auch zumeist schon vorbildlich verhalten. Die eigentlich gewünschten Zielgruppen werden hingegen häufig nicht erreicht. Hier sehen die Fachleute eine Notwendigkeit für diversifizierte Ansätze. Ihr Vorschlag: Tabakprävention sollte Teil eines Bündels an Massnahmen sein und nicht wie bisher eine isolierte Massnahme. Dabei sollte, wenn möglich, auch die Verhältnisebene einbezogen werden, da insbesondere die Werbung oder das Sponsoring von (Sport- oder kulturellen) Anlässen durch Tabak- oder Alkoholfirmen eine Gefährdung darstellt. Als Beispiel wurden Sportvereine angeführt, die mit ihrer gesundheitlichen Ausrichtung sehr gute Akteure für die Vermittlung des Nicht-Rauchens darstellen können. Es muss jedoch als kontraproduktiv gesehen werden, wenn sich dann direkt vor dem Sportgelände oder gar im Vereinshaus ein Zigarettenautomat befindet.

Eine Fachperson sah die Warnung der Potenzbeeinträchtigung auf Zigarettenpäckli als für Jugendliche zentral, weil dieser Hinweis eine auch für diese Altersgruppe relevante akute und als unangenehm empfundene Konsequenz vor Augen führt. Andere Botschaften (Rauchen ist tödlich) werden hingegen von der Zielgruppe Jugendliche als zu weit entfernte gesundheitliche Konsequenzen angesehen. Allgemein verweisen die Fachleute darauf, dass bedacht werden muss, wie man welche Zielgruppe am besten erreichen kann. Als Beispiel wurde angeführt, dass sich Männer am leichtesten über Zahlen ansprechen lassen.

Im Hinblick auf die Nutzung von Tabakprävention in der Kinderarztpraxis wurde darauf verwiesen, dass oft keine Zeit besteht, verschiedenste Probleme zusätzlich zur aktuellen gesundheitlichen Problematik anzusprechen. Hier wurde der Aufbau einer guten Behandlungskette vorgeschlagen, um im Rahmen dieser, Jugendliche direkt an Spezialisten weiterleiten zu können, die bestenfalls im gleichen Haus sind und damit auch für einen Erstkontakt sofort verfügbar wären. Die Hemmschwelle der Betroffenen wäre bei einem solchen Vorgehen viel geringer, hat man die Spezialisten doch schon gesehen und muss nicht zu einem späteren Zeitpunkt einen Termin mit einer nur durch den Namen bekannten Person ausmachen. Als Beispiel werden Familienpraxen in den USA angeführt. Datenschutzbedenken könnten durch ein aktives Zustimmung der Jugendlichen zum Beizug einer weiteren Person umgangen werden.

Die Fachleute verweisen darauf, dass Passivrauchen bei Kinderärzten bereits Bestandteil des Konsultationsmanuals ist und hier entsprechend Kinder und deren Familien leicht erreicht werden können. Bei Jugendlichen besteht aufgrund der geringen Anzahl an Konsultationen in dem Alter keine gute Erreichbarkeit. Dabei wird darauf verwiesen, dass auch Hausärzte in diesem Zusammenhang eine wichtige Personengruppe zur Zielgruppenerreichung darstellen. Als ein sehr zentrales Element im Kontakt mit Familien wurde zudem erwähnt, dass es ebenfalls eine Botschaft darstellt, wenn ein Arzt oder eine Hebamme Eltern während des Besuches nicht auf ihr Rauchen anspricht. So kann der Eindruck entstehen, das Thema wäre nicht wichtig. Dabei erwarten gerade schwangere Frauen zumeist, auf ihren Tabakkonsum angesprochen zu werden, und sind eventuell sogar erleichtert, wenn das Thema aufgegriffen wird. Hier schlagen die Fachpersonen vor, die in medizinischen Berufe tätigen Personen zu sensibilisieren, dass ein Nichtansprechen des Tabakkonsums Patienten und Patientinnen in ihrem Konsum ggf. sogar bestärkt («so schlimm ist es nicht, er / sie hat ja nichts gesagt»). Andererseits wird auch bemerkt, dass für Ärzte und Ärztinnen mitunter auch die Beziehung zur Patientin / zum Patient wichtiger ist, als sie frühzeitig auf für die Person unangenehme Verhaltensweisen aufmerksam zu machen, schliesslich ist eine Patientin / ein Patient auch eine Kundin / ein Kunde. Ein wiederholt genanntes zentrales Problem, etwa bei Kinderärzten, aber auch bei Hausärzten, ist die, in Anbetracht der Vielzahl an Themen, nur begrenzt zur Verfügung stehende Zeit während einer Konsultation. Es würde zu lange dauern, möchte man alles thematisieren. Hier äusserten die Fachleute den Wunsch nach einer möglichen Bündelung der verschiedenen Themen.

Generell wurde darauf verwiesen, dass es Prävention idealerweise gelingen sollte darauf hinzuwirken, dass Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen nicht mehr «in» sind. Die Fachleute bezogen sich dabei auf die Erfahrung, dass das Rauchen und Trinken bei einigen sozialen Gruppen bereits jetzt nicht mehr «chique» ist. Es sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, dies auf alle Jugendlichen zu erweitern, z.B. durch das Aufzeigen körperlicher und ästhetischer Effekte des Rauchens wie mit den oben beschriebenen Päcklaufschriften zur Potenz, Foto-Beispielen des schnelleren Alterns oder Verbesserung des Körpergefühls der Jugendlichen.

Gemäss den Aussagen der Fachpersonen stellt die Schule einen für die Erreichung von Familien zentralen Ort dar, da die Mehrzahl der Eltern (zumindest ab und an) an Schulanlässen teilnimmt. Die meisten Schulen wurden von den Fachleuten als für Präventionsprogramme offen wahrgenommen. Als Problem wird gesehen, dass über die Schule zwar viele Familien gleichzeitig erreicht werden können, aber viele Eltern, insbesondere mit problematischen (Familien)Verhältnissen, Schulanlässe kaum besuchen. Die Fachleute weisen auch darauf hin, dass parallel der Gruppendruck in der Schule thematisiert werden sollte, da insbesondere in bildungsfernen Schichten die Jugendlichen sonst trotz aller elterlichen und schulischen Bemühungen rauchen werden, wenn sie sich seitens ihrer Peers bezüglich des Konsums unter Druck gesetzt fühlen.

Einige der im Setting Familie tätigen Akteure engagieren sich primär für das Kindwohl (u.a. Mütter- und Väterberatungen), weswegen nur einige tabakpräventive Massnahmen, wie etwa die Anregung einer rauchfreien Umgebung (Wohnung, Auto) für sie von Relevanz sind. Andere Themen wie etwa der Rauchstopp der Eltern werden nicht als sinnvoll erachtet und nicht thematisiert. Bei bestehendem Rauchstopp-

wunsch der Eltern werden diese jedoch an entsprechende Angebote weitervermittelt⁶. Zudem wird der Tabakkonsum in Informationsmaterial für die Eltern erwähnt, insbesondere im Zusammenhang mit dem plötzlichen Kindstod. Auch seitens der Eltern, die eine Mütter- oder Väterberatung aufgrund des Substanzkonsums ihrer Kinder besuchen, ist der Tabakkonsum selten ein dringendes Anliegen. Hier dominiert häufig der Konsum illegaler Substanzen, insbesondere Cannabis, oder Alkohol.

Im Schweizer Kontext wird die Familie immer noch zu einem guten Teil als Privatsache gesehen. Die Fachleute bestätigen dies und merken an, dass dies die Erreichbarkeit zusätzlich erschwert und die Akzeptanz von Familieninterventionen reduziert. Eine Fachperson weist jedoch darauf hin, dass diese Ansicht - Familie als Privatsache – aktuell wohl rückläufig ist. Dieser Rücklauf trifft insbesondere auf die Romandie zu, mit Einschränkungen jedoch auch in der Deutschschweiz. Die Diskussion um Mütter im Arbeitsmarkt und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie habe das Konzept «Familie als Privatsache» etwas aufgeweicht. Nicht alle anwesenden Fachleute bestätigen diese Entwicklung und einige verweisen darauf, dass diese Entwicklung wohl zielgruppenspezifisch ist. Zum Umgang damit sollte man keine zu starren Vorgaben machen und es vermeiden, das individuelle Familienleben in irgendeiner Form zu bewerten. Unabhängig von der Privatheit der Familie, sollte man sich nicht davon abhalten lassen, für elterlichen Konsum in Gegenwart der Kinder zu sensibilisieren.

Im gleichen Zusammenhang erwähnten die Fachleute auch, dass viele Familien bei der Suche nach aktiver Unterstützung eine hohe Schamgrenze haben. Daher wird von den Fachleuten in der Niederschwelligkeit der Angebote ein zentraler Faktor gesehen. Hier wurde von den Fachleuten auf deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land hingewiesen. In der Stadt bestehen mehr Hilfsangebote und sie werden anonym wahrgenommen und sind zumeist auch akzeptierter. Daher wird die Schule auf dem Land von den Fachleuten als einziger verlässlicher Zugang gesehen, wobei auch hier darauf geachtet werden sollte, den Zugang zu Angeboten möglichst niederschwellig zu halten. Für andere Angebote herrscht die einhellige Meinung, dass Massnahmen, so sehr sie sich auch in der Stadt bewährt haben, auf dem Land schlechter funktionieren werden.

Hinsichtlich der familienspezifischen Tabakprävention am Arbeitsplatz haben die Fachleute einige Vorbehalte. Einerseits verfügen Arbeitgeber über keinen direkten Zugang zu den Familien und Massnahmen in diesem Bereich werden von den Angestellten wohl nur begrenzt akzeptiert⁷. Andererseits werden Unternehmen derartige Massnahmen nur umsetzen, wenn daraus für sie ein Vorteil erwächst. Unternehmen müssten also zuerst überzeugt werden, dass Tabakprävention zum unternehmerischen Erfolg beitragen kann, etwa über zufriedene Mitarbeiter. Dies bräuchte aber viel Überzeugungsarbeit. Allenfalls könnte hier mit einem Einsatz für die Allgemeinheit argumentiert werden. Generell bedarf es nach Aussage der Fachpersonen einer mit den Präventionszielen passenden Firmenkultur.

5.4 Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit bereits im Setting aktiven Organisationen

Bei einigen Fachpersonen bestand eine gewisse Skepsis gegenüber *Dachorganisationen*, da es nach deren Ansicht davon zu viele gibt und ein nicht unerheblicher Teil zu wenig bekannt und renommiert ist. Um einen validen Kollaborationspartner zu gewinnen, sollte darauf geachtet werden, dass diese Organisationen sich in der Vergangenheit bewährt haben, sie daher beim Zielpublikum glaubwürdig sind und eine Wirkung erzielen können. Die Fachleute benannten deshalb neben einigen Organisationen vor allem Fachpersonen, über die Eltern erreicht werden können. Folgende Organisationen oder Personengruppen wurden für eine mögliche Zusammenarbeit genannt:

⁶ gleiches gilt auch für andere Substanzen

⁷ In Zusammenhang mit der Diskussion zu Familie ist Privatsache weiter oben im gleichen Kapitel

Gute Zugangsmöglichkeiten zu Familien bestehen u.a. im Rahmen der *Mütter- und Väterberatungen*. Auch bestehende Angebote für *Elternbildung* können für Tabakprävention genutzt werden. Zudem lassen sich über *Jugendfachstellen* Jugendliche und indirekt deren Familien erreichen.

Bereits vor dem Schulalter könnten Eltern über *Kindertagesstätten* erreicht werden, diese könnten etwa die Eltern ansprechen, wenn sie an den Kleidern der Kinder Zigarettenrauch bemerken. Allerdings steht dem gegenüber, dass Kita-Angestellte Eltern nicht mit persönlichen Nachfragen verärgern wollen, schliesslich sind diese Eltern zunächst zahlende Kunden. Hier wären nach Aussagen der Fachleute unabhängige Stellen sicher von Vorteil.

Ärzten wird von den Fachleuten eine sehr zentrale Rolle zugeschrieben. Hier ist die Berechtigung der Tabakprävention auch direkt gegeben. Im pädiatrischen Bereich wird aktuell bereits einiges unternommen, die Fachleute empfehlen jedoch Wege zu finden, das dort tätige Personal besser zu unterstützen. Ferner wird angeregt, von verschiedenen Seiten konsistente Präventionsbotschaften zu senden. Dabei sollte es zentral sein, nicht nur auf den Rauchstopp zu fokussieren, sondern auch eine Reduktion des Konsums oder eine rauchfreie Familienwohnung als Erfolg gelten zu lassen. Damit sollte das Gefühl vermittelt werden, dass sich die Eltern nicht extrem einschränken müssten.

Weitere potentielle Partner für Kollaborationen wären *Hebammen oder Zahnärzte*, da auch hier die Konsequenzen des Rauchens sichtbar werden, aber auch *Apotheken oder Drogerien*. Es wird darauf hingewiesen, dass die *Migros* auch eine Vielzahl von Projekten mit grosser Reichweite sowie ein Familienlabel hat, beides Aspekte, auf denen man eventuell aufbauen könnte. Auch die *Zusammenarbeit mit anderen Grosskonzernen*, etwa McDonalds (Broschüre als Beilage zum Happy Meal) halten die Fachpersonen für denkbar. Auf dem Land wäre zudem ein Zugang über *Landfrauenorganisationen* denkbar.

Als weiterer möglicher Zugang zu den Eltern wird der *Arbeitsplatz* genannt, da die Eltern hier neben der Familie die meiste Zeit verbringen.

Auch über *Sportclubs* sehen die Fachleute Möglichkeiten, die Eltern zu erreichen. So könnten die gleichen Informationen, die den Jugendlichen im Rahmen einer Intervention erhalten haben auch an die Eltern mitgegeben werden. Dies ermöglicht einen Dialog zwischen Kindern und Eltern. In ländlichen Gegenden werden vor allem *Vereine* als wichtige Kollaborationspartner angesehen, da sich die Eltern meist auch mit diesen Vereinen identifizieren und daher empfänglich für Informationen aus dieser Richtung sind. Allerdings ist nicht jeder Verein in Bezug auf Substanzkonsum vorbildlich.

Neben Schulen stellen auch *Elternräte* oder *Schultheater* ⁸ gemäss den Fachleuten Möglichkeiten zur Zielgruppenerreichung dar. Auch andere *Orte an denen Eltern häufig anzutreffen* und damit leicht zu erreichen sind werden von den Fachpersonen benannt. Spielplätze und Zoos sind hier nur einige Beispiele. Generell gesprochen sollte versucht werden, Familien dort abzuholen und zu erreichen, wo sie sich am häufigsten aufhalten.

Vor diesem Hintergrund kommen die Fachleute zu dem Schluss, dass es keinen idealen Zugang zu den Eltern zu geben scheint, mit dem alle Familien optimal erreicht werden können. So erreicht man sozio-ökonomisch bessergestellte Familien nicht über die gleichen Wege wie Familien mit Migrationshintergrund. Daher ist das Berücksichtigen des Kontextes der Zielgruppe wichtig und die präventiven Massnahmen sollten, wann immer möglich, gemeinsam mit der Zielgruppe entwickelt werden.

⁸ Schulen selbst wurden bereits im Verlauf der Diskussion mehrfach als zentrale Akteure benannt (Anmerkung der AutorInnen).

5.5 Diskussion der Ergebnisse

Welches sind die den befragten Fachpersonen im Setting Familie bekannte Präventionsangebote, -akteure und -netzwerke?

Aktuell bestehen schweizweit bereits eine Reihe von familienbasierten Programmen. Diese Programme sind jedoch zumeist nicht tabakspezifisch. Hier sahen die Fachpersonen ein zentrales Problem für etwaige Tabakprävention in der Zukunft. Die Fachpersonen gaben zwar an, dass Tabakkonsum im Setting Familie als Problem erkannt wird, dieser in der alltäglichen Praxis aber nicht als prioritär angesehen wird. Aus Sicht der Familie, und häufig auch der Akteure, stehen vielmehr andere Probleme im Vordergrund oder es steht zu wenig Zeit zur Verfügung, um all die vorgesehenen gesundheitsrelevanten Themen im Detail zu besprechen (etwa im Rahmen von Arztkonsultationen).

Viele der bestehenden Programme versuchen Eltern über die Schule der Kinder zu erreichen. Dies wird generell von den Fachleuten als einer der umfassendsten Zugangswege zu Familien angesehen. Ferner erreichen zahlreiche bestehende Präventionsansätze die Familien über das Gesundheitssystem. Ein zentraler Fokus liegt hier aktuell auf KinderärztInnen. Schwangere oder junge Mütter können darüber hinaus durch die sie betreuenden Ärzte oder Ärztinnen (Gynäkologie), Hebammen bzw. Stillberaterinnen erreicht werden. Zudem gelingt es einigen bestehenden Programmen sehr erfolgreich, gezielt Familien, und hier zumeist die Mütter oder Frauen, mit Migrationshintergrund anzusprechen. Zudem wurden Familien- oder Jugendberatungsstellen als zentrale Akteure im Bereich präventiver Massnahmen im Setting Familie gesehen, da ihr genereller Auftrag es erlaubt, direkten Kontakt zu Familien herzustellen.

Was sind die Erwartungen und Vorbehalte der Multiplikatoren im Setting Familie?

Die Fachpersonen sprachen sich dafür aus, dass Tabakprävention im Familiensetting idealerweise Teil eines Bündels an Massnahmen sein sollte und nicht in Form einer isolierten, rein auf Tabak fokussierten, Intervention erfolgen sollte. Bei der Ausrichtung der Massnahme sollte darauf geachtet werden, dass das Programm die Bedürfnisse der Familie und die Art des Zugangs berücksichtigt. Als Beispiel dienen hier Konsultationen bestimmter Dienste (Ärzte, Familienberatung). Werden die aktuellen Probleme und Bedürfnisse nicht berücksichtigt (akute Erkrankung, akute Probleme) führt dies zu Unverständnis bei der Person und schlimmstenfalls zu einem Kontaktabbruch. Ferner wurde angeregt, den Suchtmittelkonsum im grösseren Kontext zu betrachten, also nach Gründen zu suchen, warum die Person überhaupt Suchtmittel wie Tabak konsumiert, welche Alternativen und Ressourcen bestehen, welche Probleme ggf. zuerst gelöst werden müssen, um Tabakpräventionen überhaupt erst zu ermöglichen. Erfolgsversprechend wäre zudem, tabakpräventive Inhalte in bereits bestehende Programme zu integrieren.

Dabei sollte aber auch hier der grössere gesellschaftliche Kontext (etwa Verfügbarkeit und Werbung für Tabakprodukte) nicht ausser Acht gelassen werden. Generell wurde darauf verwiesen, dass Angebote eher niederschwellig sein sollten, um die Hemmschwelle für Eltern, sich Unterstützung zu suchen, möglichst gering zu halten.

Zudem sollte eine Stigmatisierung des Tabakkonsums vermieden werden. Dies betrifft insbesondere jene Frauen bzw. Eltern, die trotz Schwangerschaft oder kleinen Kindern im Haushalt ihren Konsum nicht ganz aufgeben können. Konzepte, die Schuldgefühle wecken, sind in diesen Gruppen nicht oder nur kurzfristig erfolgreich, bzw. sogar kontraindiziert, da sie bei Schwangeren zu höherem emotionalen Stress führen können. Auch sollten tabakpräventive Massnahmen den Eltern eine Wertschätzung für ihre Fortschritte entgegenbringen und dies auch dann, wenn es Eltern gelungen ist, ihren Tabakkonsum zu verringern oder Rauchregeln einzuhalten, ein kompletter Rauchstopp aber nicht erzielt werden konnte.

Welche Akteure, Organisationen und Netzwerke im Setting Familie bieten sich der Tabakprävention für eine Zusammenarbeit an?

Die Fachpersonen nannten folgende Organisationen als vielversprechende Organe für eine mögliche Zusammenarbeit im Familienbereich, wobei es sich bei bestimmten Berufszweigen (Gesundheit- und Bildungssektor) empfiehlt, die Dachorganisationen anzusprechen:

- Jugendfachstellen
- Mütter-/Väterberatungen, Angebote für Elternbildung
- Kitas, um die Zeit vor dem Schuleintritt besser abzudecken
- alle Schulstufen
- Ärzte und Ärztinnen, insbesondere Kinder- und Hausärzte, aber auch Zahnärzte
- Hebammen /Stillberaterinnen
- Pflege- und Betreuungspersonen im Säuglings und Kleinkindbereich
- Apotheken und Drogerien
- Grosskonzerne mit familiennahen Programmen (z.B. Migros, Coop)
- Vereine (vor allem auf dem Land)
- Arbeitgeber (vor allem auch für Väter; z.B. in diesem Feld tätige Organisationen wie "friendly workspace" oder die "UND"-Fachstelle)

6 Partizipation von Multiplikatoren und Zielgruppe in tabakpräventiven Massnahmen

6.1 Einschätzung der Fachpersonen

Die beteiligten Fachleute schätzten das Erreichen der Zielgruppe über Multiplikatorenansätze als sehr zentral ein, da Kinder und Jugendliche im Setting Familie zumeist über diese bereits mit Familien in Kontakt stehenden Akteure erreicht werden können. Auch der gleichzeitige Einbezug mehrerer Settings wird als wichtig erachtet, um die Zielgruppe (Kinder und Jugendliche) optimal erreichen zu können. Die Fachleute sahen jedoch ein Problem darin, dass das Schweizer Hilffssystem sehr komplex und differenziert aufgebaut ist, wodurch ein vernetztes Arbeiten zumeist schwierig ist.

Hinsichtlich des Einbezugs der Multiplikatoren und der Zielgruppe sprachen sich die Fachleute dafür aus, Multiplikatoren idealerweise bereits bei der Entwicklung des Projektes einzubeziehen, um so eine optimale Kooperation mit den im Feld tätigen Fachleuten zu erreichen. Auch die Eltern sollten mit ihren konkreten Bedürfnissen und Anforderungen, wann immer möglich, frühzeitig in den Prozess der Projektentwicklung einbezogen werden. Ziel sollte es sein, die Eltern dort abzuholen, wo ihre Bedürfnisse liegen, da nur so die Massnahme später auch wahrgenommen und akzeptiert wird. Kritisch wird dabei die Tatsache gesehen, dass Tabak häufig weder für die Multiplikatoren noch für die Eltern ein prioritäres Thema darstellt. Ferner betonten die Fachleute, dass nicht zuletzt auch die Kinder oder Jugendlichen selbst miteinbezogen werden sollten, da sich die kindliche Sicht der Dinge oft stark von der Sicht der Eltern (und anderer Erwachsener) unterscheidet und man sonst Gefahr läuft, an der Lebenswelt Jugendlicher vorbeizulaufen. Jedoch besteht hier klar eine Altersgrenze, so halten die Fachleute einen Einbezug von Kindern unter einem gewissen Alter (<6 Jahre) für nicht sinnvoll.

Zudem regten die Fachleute an, dass man Familien umgekehrt auch über die Kinder erreichen kann. Dies kann etwa über Schulen realisiert und so indirekt Einfluss auf die Familien genommen werden. Dies sollte jedoch immer mit der Reflektion geschehen, dass Familien und Familiengefüge sich mit dem Alter der Kinder entwickeln, der Einfluss der Familie gleichzeitig aber mit dem Alter des Kindes abnimmt. Vor diesem Hintergrund erscheint es den Fachpersonen schwierig, Jugendliche über ihre Familien zu erreichen, weshalb in dieser Altersgruppe der Fokus nicht exklusiv auf die Familie gelegt werden sollte. Auch empfiehlt es sich, Massnahmen in der Schule mit Ansätzen im Familienbereich zu verknüpfen, d.h. auch Schulen ggf. in die Entwicklung einzubeziehen. So wurde darauf verwiesen, dass die Schule mitunter Defizite in den Familien bezüglich Suchtprävention korrigieren muss, etwa wenn Jugendliche in der Familie noch nie etwas von der Schädlichkeit des Tabakkonsums gehört haben.

In der Arbeitswelt sollten vor allem Führungs- und Respektpersonen einbezogen werden, da diese direkt Veränderung bewirken und Massnahmen besser um- und durchsetzen können. Von Personen, die mit den Mitarbeitenden auf gleicher Ebene stehen, ist hingegen höchstens eine geringe Wirkung zu erwarten. Die Fachpersonen betonen, dass durch den Einbezug der Zielgruppe auch die Glaubwürdigkeit der Massnahme steigen kann. Während man jedoch bei der Konzeption eines Projekts durchaus die Zielgruppe einbeziehen sollte, sollte die Umsetzung betrieblicher Massnahmen im Anschluss eher gemäss der Hierarchie erfolgen.

6.2 Einbezug der wissenschaftlichen Evidenz

An dieser Stelle empfehlen die Autorinnen und Autoren des Berichtes, dass bei der Planung tabakpräventiver Massnahmen im Setting Familie aktuelle wissenschaftliche Evidenzen zur Wirksamkeit bestimmter Massnahmen oder Ansätze Berücksichtigung finden sollten. Die in Kapitel 4 des vorliegenden Berichtes nach Altersgruppen gegliederten Erfolgsfaktoren im Setting Familie liefern hier bereits einige

Hinweise. Darüber hinaus empfiehlt es sich etwaigen Programmen ein theoretisches Wirkungsmodell zugrunde zu legen und genaue Wirkungsziele und Ebenen zu definieren, so dass eventuelle empirische Überprüfungen der Wirksamkeit überhaupt erst möglich werden. Vor diesem Hintergrund ist es angeraten in der Phase der Projektentwicklung wissenschaftliche Grundlagen einfließen zu lassen, Wirkmodelle der späteren Intervention zu erstellen und detaillierte Wirkungsziele abzuleiten und zu definieren. Diese Aspekte liefern die Grundlage für eine spätere Evaluation der Massnahme, um so Aussagen über die Wirksamkeit des Programms zu erhalten.

6.3 Diskussion der Ergebnisse

Wie können Multiplikatoren bei der Konzeption und Umsetzung von Tabakpräventionsbemühungen im Setting Familie einbezogen werden?

Die Komplexität und hohe wechselseitige Vernetzung des Schweizer Hilffsystems wird von den befragten Fachpersonen als eventuelles Hindernis gesehen, da dadurch ein vernetztes Arbeiten erschwert wird. Es wird angeregt, die für die jeweilige präventive Massnahme als wichtig angesehenen Multiplikatoren bereits bei der Entwicklung des Projektes miteinzubeziehen, um so eine optimale Koordination und Kooperation zu gewährleisten.

Wie kann die Zielgruppe bei der Konzeption und Umsetzung von Tabakpräventionbemühungen im Setting Familie einbezogen werden?

Die Fachpersonen empfehlen die Zielgruppe der Eltern ebenfalls bereits bei der Projektentwicklung miteinzubeziehen. Zudem sollten insbesondere Jugendliche zwingend mit ihren spezifischen Bedürfnissen und Ansprüchen möglichst frühzeitig in die Projektentwicklung integriert werden, damit präventive Massnahmen nicht an deren Lebenswelt vorbei geplant werden. Ein Einbezug von jüngeren Kindern erscheint den Fachpersonen jedoch wenig sinnvoll, hier sollten vermehrt die Eltern oder zentrale Mediatoren / Multiplikatoren angesprochen werden.

Was sind Erfolgsfaktoren einer gelingenden Partizipation?

Generell scheint den Fachpersonen ein direkter Bezug geplanter präventiver Massnahmen zur Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppe zentral. Darüber hinaus sehen die befragten Fachleute es als wichtig an, mit bereits im Setting Familie aktiven Multiplikatoren zusammenzuarbeiten. Dies erlaubt nicht nur einen erleichterten und umfassenden Zugang zu Familien der gewählten Zielgruppe, sondern auch die Nutzung der vorhandenen Expertise im Umgang mit und in der Erreichung dieser Personengruppe. Ein möglichst frühzeitiger Einbezug dieser Fachpersonen ist daher unerlässlich. Ferner hielten die Fachpersonen ein möglichst umfassendes und paralleles Vorgehen in mehreren verschiedenen Settings und über verschiedene Zugänge für zentral. So wurde der Familie zwar eine sehr hohe Relevanz für präventive Massnahmen zugestanden, es wurde jedoch davor gewarnt, den Fokus exklusiv auf die Familie zu legen, da andere Zugänge (z.B. die Schule) u.U. ebenfalls insbesondere in problembelasteten Familien eine zentrale Rolle für den Zugang zu präventiven Massnahmen spielen können. Generell muss betont werden, dass die Wahl der Zielgruppe bzw. die Wahl der Massnahme die Zugänge und in der Folge die Art und den Umfang der möglicherweise in die Projektplanung zu integrierenden Akteure bestimmt.

7 Schlussfolgerungen und Limitationen

Die Tabakprävention im Setting Familie beginnt bei den Rahmenbedingungen, in denen Familien in der Schweiz leben. Neben gesellschaftspolitischen Aspekten (z.B. Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit) umfasst das im engeren Bereich der Tabakprävention zum Beispiel gesetzliche Massnahmen wie ein Verbot von Werbung für Tabakprodukte, Jugendschutzmassnahmen oder die Preisgestaltung. Auf der Verhaltensebene empfiehlt es sich, bei schwangeren Frauen zum Schutz des ungeborenen Kindes zu beginnen. Die nächste Stufe ist der Schutz der Kinder vor Passivrauchen in der Familienwohnung oder anderen geschlossenen Räumen wie Autos. Im frühen Jugendalter kann man durch Stärkung der Familien, guten Rollenvorbilder sowie der Verbesserung der sozialen Kompetenzen der Kinder gute Voraussetzungen schaffen, dass die Kinder später besser mit Suchtmitteln umzugehen wissen. Im Jugendalter ist schlussendlich das Ziel, die Jugendlichen in dieser kritischen Phase vom Einstieg in den Konsum bzw. der Entwicklung zum (regelmässigen) Rauchen abzuhalten.

7.1 Schlussfolgerungen

Vergleicht man die Ansichten der befragten Fachpersonen mit den Ergebnissen bezüglich der wissenschaftlichen Evidenz familienbasierter Tabakprävention, ergeben sich in den beiden Datenquellen einige Gemeinsamkeiten: Mehrebenenansätze werden ebenso wie ein frühes Ansetzen der Prävention sowohl basierend auf der wissenschaftlichen Evidenz wie auch von den befragten Fachpersonen empfohlen. Auch die Forderung nach der Zielgruppenspezifität der Massnahmen ist in beiden Informationsquellen ein relevantes Thema. Darüber hinaus finden sich im Rahmen der wissenschaftlichen Evidenz Hinweise, dass bestehende Präventionsansätze beim wichtigen Kriterium Intensität Defizite aufweisen. Die Aussagen der befragten Fachleute sind in diesem Zusammenhang weniger explizit. So sollte gemäss den Fachpersonen Tabakprävention eher in bestehende Massnahme oder über aktuell genutzte Zugänge in Bestehendes integriert werden, ohne dabei jedoch zu dominant aufzutreten. Dabei erscheint es jedoch fraglich, ob man mit diesen «integrativen» Ansätzen, die im Rahmen der wissenschaftlichen Evidenz geforderte nötige Intensität und Persistenz erreichen kann, um so Effekte erzielen und auch nachweisen zu können.

Auch die Niederschwelligkeit der Angebote ist ein wichtiger Punkt, der sowohl von den Fachleuten als auch in Form der Berücksichtigung der Ressourcen und einer möglichst hohen Zielgruppenspezifität seitens der wissenschaftlichen Literatur genannt wurde. Dabei sollte die Hemmschwelle, Hilfsangebote im Tabakbereich (und allgemein) aufzusuchen, so tief wie möglich gehalten werden. Zudem sollten die Angebote für die Teilnehmenden nach Möglichkeit kostenfrei oder zumindest kostengünstig sein, umso mehr, als das niederschwellige und kostengünstige Angebote besondere wichtig sind, will man auch benachteiligte Gruppen erreichen (Maier & Salis Gross, 2015).

Darüber hinaus sind schulbasierte oder schulimplizierende Projekte mit Elterneinbindung sowohl in der wissenschaftlichen Literatur wie auch für die Akteure eine Möglichkeit, familienbasierte Tabakprävention zu betreiben. Vorbehalte gegenüber derartigen Projekten sind lediglich, dass insbesondere benachteiligte Eltern und jene mit Migrationshintergrund an Schulanlässen häufig nicht teilnehmen. Das Department of Health and Human Services (2012) empfiehlt in diesem Zusammenhang, den Eltern aufzuzeigen, dass ihr Engagement an Schulanlässen, Schulprogrammen und dem allgemeinen Schulleben ihrer Kinder sich generell positiv auf die Schulleistungen und das Wohlbefinden der Kinder auswirkt. Zudem engagieren sich Eltern eher, wenn sowohl die Lehrkräfte, wie auch die Kinder sie spüren lassen, dass ihr Engagement erwünscht und gern gesehen ist.

Die Multiplikatoren mit dem grössten Potential im Setting Familie sind in bereits bestehenden Strukturen zu finden. Diese sind beispielsweise Hebammen, Schulen, Mütter- und Väterberatungen, Ärzte oder Vereine. Zusätzliche Zugänge zu erschliessen erscheint den im Feld tätigen Fachleuten gegenwärtig nicht prioritär zu sein. Den zahlreichen im Tabakbereich tätigen und erfahrenen NGO's kann dabei eine wichti-

ge Funktion bei der Konzeption der Programme sowie bei der Erreichung und Ausbildung der relevanten Multiplikatoren zukommen. Ferner müssen erfolgreiche Programme permanent begleitet werden, um die Qualität und Intensität der Interventionen sicherzustellen.

Naturgemäss haben die meisten potentiellen Multiplikatoren für die Tabakprävention im Setting Familie einen anderen Hauptauftrag. Tabakprävention hat daher für sie nicht die höchste Priorität. Hier erscheint es wichtig, den relevanten Akteuren die Wichtigkeit der Tabakprävention aufzuzeigen und attraktive Programme dafür anzubieten. Da zudem oft nur begrenzt Zeit für den direkten Kontakt mit Familien zur Verfügung steht, müssen potentielle Multiplikatoren nicht nur davon überzeugt werden, dass Tabakprävention wichtig ist, sondern auch davon, dass sie wichtiger ist als andere Anliegen, die gegenwärtig berücksichtigt werden (z.B. Prävention im Rahmen von Arztkonsultationen). Dies nicht zuletzt, da die allgemeine Meinung vorherrscht, dass für Tabakprävention andere, spezialisierte Stellen zuständig sind. Entsprechend wird auch das Potential von niederschweligen Botschaften im eigenen Bereich zum Teil nicht erkannt und entsprechend nicht genutzt.

Hinsichtlich des Einbezugs bereits im Setting aktiver Akteure und Multiplikatoren empfiehlt es sich, deren Einbezug nach der Altersgruppe, der Art des Programms, der Zielgruppe, deren Charakteristiken und Bedürfnisse auszurichten, so dass an dieser Stelle keine generelle Empfehlung ausgesprochen werden kann.

7.2 Limitationen

Es muss betont werden, dass der gegenwärtige Wissensstands der Präventionsforschung bei weitem nicht vollständig ist. Ein erstes Problem besteht darin, dass eine Vielzahl von Programmen und Ansätzen nie wissenschaftlich evaluiert wurden, wodurch Lücken im Forschungsstand bestehen. Der Hauptgrund für fehlende Evaluationen ist dabei oft finanzieller Natur. Von den durchgeführten Evaluationen sind viele methodisch mangelhaft. Beispielsweise sind die Stichproben nicht gross genug, die Interventionsdauer und – intensität sind unzureichend, die Zeiträume für die Nachuntersuchung zu kurz, die Kontrollgruppen sind oft von anderen Programmen beeinflusst oder die eingesetzten Multiplikatoren werden ungenügend ausgebildet und überwacht. Viele dieser Mängel sind ebenfalls auf finanzielle Beschränkungen zurückzuführen: qualitativ hochwertige Programme und deren Evaluation sind eine sehr aufwändige und kostspielige Angelegenheit. Zudem wählen zahlreiche Programme gut verfügbare Zugänge zu den Familien (Schulen, das medizinische System), hingegen gibt es wenig Evidenz zu Programmen, die sich gezielt an schwer erreichbare Familien richten. Ein weiteres erhebliches Problem ist die starke Dominanz US-amerikanischer Studien in der Evidenz. Nur wenige Programme wurden im westlichen Europa evaluiert und ein nicht unerheblicher Teil dieser Programme basiert auf Adaptionen von US-amerikanischen Programmen. Zwar kann davon ausgegangen werden, dass zentrale Wirkfaktoren, die in US-amerikanischen Studien gefunden wurden, auch in Europa gelten, es gibt jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den USA und Europa hinsichtlich der Einstellung der Bevölkerung zum Substanzkonsum, dem oft in den Studien involvierten Schul- und Gesundheitssystem, Familienmodellen, Arbeitstätigkeit der Eltern und so weiter. Daher ist bei der Betrachtung der Evidenz immer zu bedenken, dass nicht alles, was in den USA gut funktioniert, auch hierzulande funktionieren wird. Umgekehrt können gutdurchdachte Programme, die auf lokaler Erfahrung aufbauen und gut gefestigte best-practice-Kriterien berücksichtigen, in der Schweiz auch funktionieren, wenn für ähnliche Programme in den USA keine Evidenz für deren Wirkung vorliegt.

Wie für die weitaus meisten Interventionen im sozialwissenschaftlichen Bereich sind selbst bei gut geplanten und umgesetzten Programmen im Familienbereich eher kleine bis mittlere Effekte zu erwarten, deren Nachweis mit Studien, die auf einem Vergleich mit Kontrollgruppen basieren, über einen längeren Zeitraum aufgrund der doch sehr komplexen Entwicklungen und der Vielzahl an Einflussfaktoren im Jugendalter nur schwer zu bewerkstelligen ist. Dies gilt insbesondere für Programme, die nicht substanzspezifisch ausgelegt sind, früh ansetzen und auf eine Wirkung Jahre später abzielen (Lebenskompetenzprogramme). Evaluationen derartiger Programme sind mit einem massiven zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden und von Studienbeginn bis zu den ersten publizierten Resultaten ist mit mehr als



einem Jahrzehnt zu rechnen. Auch sind derartige Studien aufgrund des unspezifischen Ansatzes zumeist schwer finanzierbar, da die meisten Gelder spezifisch für die Prävention eines bestimmten Problemverhaltens gesprochen werden.

8 Empfehlungen

In diesem Kapitel werden zusammenfassend Empfehlungen gelistet, die aus der wissenschaftlichen Evidenz und/oder der Befragungen der Akteure hervorgingen. Es handelt sich um eine Auswahl, die von den Autorinnen und Autoren des Berichts bestmöglich getroffen wurde. Da alle der hier genannten Punkte in den vorhergehenden Kapiteln bereits ausführlicher dargestellt wurden, war es unser Ziel, die Empfehlungen möglichst kurz und prägnant zu fassen. Dabei liegt der Listung der Empfehlungen keinerlei Priorisierung zugrunde, weshalb der Reihenfolge ihrer Darstellung kein Gewicht zukommt. Ferner bestand nicht bei allen Empfehlungen seitens der Akteure Konsens und die wissenschaftliche Evidenz für die Empfehlungen ist unterschiedlich stark. Die Empfehlungen werden in inhaltliche und methodische Empfehlungen gegliedert, in einem weiteren Abschnitt werden Empfehlungen zu möglichen Kooperationen diskutiert.

Methodische Empfehlungen

- **Mehrebenenansätze:** Substanzkonsum wird durch viele Faktoren beeinflusst und entsprechend vielseitig sollte das Thema in der Prävention berücksichtigt werden. So können Schulprogramme mit Elterninterventionen kombiniert werden, auch die Kombination mit Massnahmen auf Gemeindeebene oder mit strukturellen Interventionen ist vielversprechend. Prinzipiell bietet die gleichzeitige Arbeit auf mehreren Ebenen den Vorteil, dass mit der Anzahl der Ebenen die Anzahl der Zugänge zu Familien steigt. Voraussetzung ist jedoch, dass die präventiven Botschaften und Zielsetzungen auf allen Ebenen gleich sind.
- **Zielgruppenspezifität:** Präventive Massnahmen sollten an die jeweilige Zielgruppe angepasst werden, um diese einerseits optimal erreichen und den jeweiligen Bedürfnissen der Gruppe optimal Rechnung tragen zu können. Im vorliegenden Bericht von den Fachleuten diskutierte Zielgruppen mit speziellen Bedürfnissen waren dabei u.a. Familien mit Migrationshintergrund, schlechter gestellte Familien und die Landbevölkerung.
- **Genderspezifität:** Väter konsumieren häufiger und häufig höhere Quantitäten. Sie sind dadurch ggf. nicht nur ein schlechtes Vorbild, sondern setzen ihre Kinder auch vermehrt den Gefahren des Passivrauchens aus. Väter und Mütter lassen sich jedoch häufig nicht über die gleichen Zugänge erreichen. Prinzipiell gelten Väter als deutlich schwerer für familiäre Prävention erreichbar, wurden aber von den Fachleuten als relevante Zielgruppe benannt. Etwaige Programme sollten gezielt auf die Gruppe der Väter zugeschnitten werden. Zudem sollte auch das Geschlecht der Kinder, die man mit familienbasierten Interventionen zu erreichen versucht, berücksichtigt werden, da Jungen u.U. anders angesprochen werden sollten als Mädchen. Wissenschaftliche Belege hierfür gibt es gegenwärtig kaum, da die Forschung das Geschlecht selten in Evaluationen berücksichtigt und die meisten bestehenden Programme sich explizit an Mütter richten oder zumindest häufiger von diesen genutzt werden.
- **Lebensübergänge nutzen:** Wichtige biographische Zeitfenster (Schwangerschaft, Schulantritt der Kinder, Pubertät der Kinder) sollten für die Prävention genutzt werden, da hier wichtige Weichen gestellt werden und die Beteiligten oft aufgrund einer höheren Verunsicherung offener für präventive Massnahmen sind.
- **Niederschwelligkeit:** Etwaige präventive Massnahmen sollten möglichst einfach zugänglich und wenn möglich für die Zielgruppe kostenfrei bereitgestellt werden, da die Betroffenen zumeist ohnehin bereits die eigene Hemmschwelle (z.B. aus Scham), Hilfe zu suchen, überwinden müssen.
- **Einbezug der Akteure:** Der Einbezug im Setting tätiger Akteure und Multiplikatoren empfiehlt sich. Dieser sollte möglichst früh erfolgen und für die Massnahme relevante Multiplikatoren sollten gut ausgebildet, während der Massnahme begleitet (z.B. regelmässige Nachschulungen) und überwacht werden. Die Qualität der Implementation muss dabei überprüft und langfristig sichergestellt werden.

- **Einbezug der Zielgruppe:** Die Zielgruppe (Familien, Eltern, Kinder) sollten idealerweise bereits bei der Entwicklung einer Intervention einbezogen werden, um sicherzustellen, dass die Massnahmen nicht an der Lebenswelt der Zielgruppe vorbeiziehen.
- **Intensität:** Der zeitlich und inhaltliche Umfang der Interventionen sollte ausreichend sein, um eine Wirkung entfalten zu können, es sollte ein ausreichender Kontakt mit der Zielgruppe bestehen und dieser sollte, wenn möglich, zumindest in Form von booster sessions wiederholt werden. Punktuelle Massnahmen sind weniger erfolgsversprechend.
- **Qualität:** Die Qualität der Implementation der Interventionen sollte stetig überwacht werden, um sicherzustellen, dass die Vorgaben des Programms eingehalten werden.
- **Überprüfung der Wirksamkeit:** Jede etwaige präventive Massnahme sollte bereits in ihrer Planungsphase die Überprüfung ihrer Zielsetzungen berücksichtigen und entsprechende theoretischer Wirkmodelle sowie Massnahmen zur empirischen Prüfung der Wirksamkeit vorsehen. So kann sichergestellt werden, dass die Programme den gewünschten Effekt erzielt und etwaige negative Folgen können ausgeschlossen werden.

Inhaltliche Empfehlungen

- **Nicht stigmatisieren:** Die Stigmatisierung rauchender Eltern und Jugendlicher oder die Moralisierung des Rauchens allgemein sollte auf jeden Fall vermieden werden, da dies zum Kontaktabbruch und / oder anderen nicht erwünschten Ergebnissen führen kann (z.B. zusätzliche emotionale Belastung bei Schwangeren).
- **Schaden begrenzen:** Die Prävention sollte pragmatisch bleiben und realistische Ziele anvisieren, bzw. Zwischenziele berücksichtigen und gelten lassen. Statt einer exklusiven Fokussierung auf einen Rauchstopp der Eltern könnten z.B. zunächst Rauchregeln aufgestellt werden (Rauchverzicht im Beisein der Kinder und generell in geschlossenen Räumen).
- **Förderung von Lebenskompetenzen:** Zielsetzung ist es, Kindern und Jugendlichen durch das Erlernen, Einüben und Vertiefen von zentralen Lebenskompetenzen einen späteren adäquaten Umgang mit Substanzen zu erleichtern.
- **Stärkung der Familien:** Steigerung des Einflusses der Eltern auf die Kinder einerseits durch die Verbesserung der Eltern-Kind-Kommunikation, Festigung und Stärkung der elterlichen Kompetenzen sowie einer besseren Stressbewältigung seitens der Eltern / innerhalb der Familie.
- **Förderung eines autoritativen Erziehungsstils:** Ein Erziehungsstil, der gekennzeichnet ist durch emotionale Wärme bei gleichzeitig klarer Regelsetzung mit entsprechenden Konsequenzen und Monitoring der Kinder.
- **Substanzen- und problemübergreifende Massnahmen:** Sowohl die Literatur als auch die Fachleute verweisen darauf, dass Tabakkonsum nicht isoliert betrachtet werden sollte, sondern es sich empfiehlt, Ursachen für Problemverhalten allgemein anzuvisieren, da es für Schutz- und Risikofaktoren verschiedener Problemverhaltensweisen grosse Überschneidungen gibt und Akteure und Multiplikatoren nicht immer über die Zeit für substanzspezifische Massnahmen verfügen.
- **Berücksichtigung des sozialen Umfelds:** Das soziale Umfeld des Einzelnen (Partner, Partnerin, Freundinnen, Freunde, Eltern und andere Verwandte) kann wertvolle Ressourcen für die Tabakprävention beisteuern. Andererseits bedarf es einer genauen Kenntnis der individuellen Ressourcen, Anforderungen und Zwänge um präventive Massnahmen erfolgreich durchführen zu können.

Empfehlungen zu möglichen Kooperationen

Im Folgenden werden mögliche Akteure gelistet, die bei der Konzeption und Umsetzung von Tabakpräventionsprogrammen wertvolle Beiträge liefern könnten. Die Auflistung folgt in keiner bestimmten Reihenfolge. Generell können einige der gelisteten Berufsgruppen wohl am besten über die Berufsverbände oder andere bestehende Netzwerke erreicht werden.

- **Hebammen, Stillberaterinnen, Frauenärzte/-ärztinnen** zur Erreichung Schwangerer und kürzlich gewordener Mütter.
- **Kinder-, Zahn- und Hausärzte/-ärztinnen** zur Erreichung von Familien mit kleinen Kindern, vor allem zum Schutz vor dem Passivrauchen.
- **Kitas**, um Eltern schon vor dem Schulalter ihrer Kinder zu erreichen.
- **Schulen vom Kindergarten bis zum Gymnasium** zum Einbezug der Eltern.
- **Arbeitgeber**, da insbesondere die ansonsten schwer erreichbaren Väter einen Grossteil ihrer Zeit am Arbeitsplatz verbringen. Arbeitgeber könnten beispielsweise über bereits in diesem Feld tätige Organisationen wie "friendly workspace" oder der "UND"-Fachstelle erreicht werden.
- **Vereine jeglicher Art**, insbesondere zur Erreichung der Eltern ländlicher Regionen

9 Referenzen

- Akobeng, A. K. (2008). Assessing the validity of clinical trials. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 47(3), 277-282. DOI 10.1097/MPG.0b013e31816c749f.
- Allen, M. L., Garcia-Huidobro, D., Porta, C., Curran, D., Patel, R., Miller, J., et al. (2016). Effective parenting interventions to reduce youth substance use: A systematic review. *Pediatrics*, 138(2). DOI 10.1542/peds.2015-4425.
- American College of Health Association. (2005). The American College Health Association National College Health Assessment (ACHA-NCHA), Spring 2003 Reference group report. *Journal of American College Health*, 53(5), 199-210.
- Ames, S. C., Rock, E., Hurt, R. D., Patten, C. A., Croghan, I. T., Stoner, S. M., et al. (2008). Development and feasibility of a parental support intervention for adolescent smokers. *Substance Use & Misuse*, 43(3-4), 497-511. DOI 10.1080/10826080701208426.
- Andersen, A., Bast, L. S., Ringgaard, L. W., Wohllebe, L., Jensen, P. D., Svendsen, M., et al. (2014). Design of a school-based randomized trial to reduce smoking among 13 to 15-year olds, the X:IT study. *BMC Public Health*, 14, 518. DOI 10.1186/1471-2458-14-518.
- Archimi, A., Schneider, E., Homberg, C., Stauffer Babel, R., & Kuendig, H. (2017). *La prévention du tabagisme chez les enfants et les jeunes dans le domaine des loisirs – Revue de la littérature internationale et considérations de professionnel-le-s actifs/ives dans ce domaine en Suisse* (Rapport de recherche N° 84). Lausanne: Addiction Suisse.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Bartholomew, K. S. (2015). Policy options to promote smokefree environments for children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(6), 146-181. DOI 10.1016/j.cppeds.2015.04.001.
- Baxi, R., Sharma, M., Roseby, R., Polnay, A., Priest, N., Waters, E., et al. (2014). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). DOI 10.1002/14651858.CD001746.pub3.
- Bläuer Herrmann, A., & Murier, T. (2016). *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung. Mütter auf dem Arbeitsmarkt*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bogensneider, K., Wu, M.-Y., Raffaelli, M., & Tsay, J. C. (1998). "Other teens drink, but not my kid": Does parental awareness of adolescent alcohol use protect adolescents from risky consequences? *Journal of Marriage and the Family*, 60(2), 356-373.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232. DOI 10.1023/B:JOPP.0000042391.58573.5b.
- Branger, K., Crettaz, E., Oetliker, U., Robatti Mancini, V., Rochat, S., Roulet, F., et al. (2008). *Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2008*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, N., Lockett, T., Davidson, P. M., & Di Giacomo, M. (2015). Interventions to reduce harm from smoking with families in infancy and early childhood: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(3), 3091-3119. DOI 10.3390/ijerph120303091.

- Bühler, A., & Thruhl, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention* (Vol. 46). (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2016). *Erhebung zu Familien und Generationen 2013: Paarbeziehungen*. Neuchâtel: BFS.
- Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J., et al. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10). DOI 10.1002/14651858.CD001055.pub4.
- Chandler, J., Churchill, R., Higgins, J., Lasserson, T., & Tovey, D. (2013). *Methodological standards for the conduct of new Cochrane Intervention Reviews* (Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews (MECIR)). London: The Cochrane Library.
- Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (1999). *The nature of adolescence*. London and New York: Routledge.
- Cooper, C. R. (1994). Cultural perspectives on continuity and change across the contexts of adolescents' relationships. In R. Montemayor, G. R. Adams & T. P. Gullotta (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 78-100). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Crawford, J. T., Tolosa, J. E., & Goldenberg, R. L. (2008). Smoking cessation in pregnancy: Why, how, and what next. *Clinical Gynecology and Obstetrics*, 51(2), 419-435. DOI 10.1097/GRF.0b013e31816fe9e9.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., et al. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519-1519. DOI 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
- Drehmer, J. E., Ossip, D. J., Nabi-Burza, E., Rigotti, N. A., Hipple, B., Woo, H., et al. (2014). Thirdhand smoke beliefs of parents. *Pediatrics*, 133(4), e850-e8566. DOI 10.1542/peds.2013-3392.
- Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: A review. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 337-352. DOI 10.1023/A:1021366721649.
- Eccles, J. S. (1999). The development of children ages 6 to 14. *Future Child*, 9(2), 30-44.
- Einarson, A., & Riordan, S. (2009). Smoking in pregnancy and lactation: A review of risks and cessation strategies. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65(4), 325-330. DOI 10.1007/s00228-008-0609-0.
- Emory, K., Saquib, N., Gilpin, E. A., & Pierce, J. P. (2010). The association between home smoking restrictions and youth smoking behaviour: A review. *Tobacco Control*, 19(6), 495-506. DOI 10.1136/tc.2010.035998.
- Flemming, K., Graham, H., Heirs, M., Fox, D., & Sowden, A. (2013). Smoking in pregnancy: A systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1023-1036. DOI 10.1111/jan.12066.
- Gage, J. D., Everett, K. D., & Bullock, L. (2007). A review of research literature addressing male partners and smoking during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(6), 574-580. DOI 10.1111/j.1552-6909.2007.00188.x.
- Gestrich, A., Krause, J. U., & Mittelrauer, M. (Eds.). (2003). *Geschichte der Familie*. Stuttgart: Kröner.

- Gillaspy, S. R., Leffingwell, T., Mignogna, M., Mignogna, J., Bright, B., & Fedele, D. (2013). Testing of a web-based program to facilitate parental smoking cessation readiness in primary care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 4(1), 2-7. DOI 10.1177/2150131912442898.
- Hammoud, A. O., Bujold, E., Sorokin, Y., Schild, C., Krapp, M., & Baumann, P. (2005). Smoking in pregnancy revisited: Findings from a large population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 192(6), 1856-1862. DOI 10.1016/j.ajog.2004.12.057.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2014). Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: A community-randomized trial. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 122-129. DOI 10.1001/jamapediatrics.2013.4009.
- Heeg, R., Steiner, O., Nieuwenboom, W., & Schmid, H. (2017). *Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Grundlagen und Empirie für die Tabakprävention*. Basel / Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.
- Information und Kommunikation SEM. (2016). *Migrationsbericht 2015*. Bern: Staatssekretariat für Migration (SEM).
- Jackson, C., Geddes, R., Haw, S., & Frank, J. (2012a). Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: A systematic review. *Addiction*, 107(4), 733-747.
- Jackson, C., Hayes, K. A., & Dickinson, D. M. (2016). Engaging parents who quit smoking in antismoking socialization of children: A novel approach to relapse prevention. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 926-933. DOI 10.1093/ntr/ntv214.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012b). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, 34 Suppl 1, 31-40. DOI 10.1093/pubmed/fdr113.
- Joseph, A., Murphy, S., Thomas, J., Okuyemi, K. S., Hatsukami, D., Wang, Q., et al. (2014). A pilot study of concurrent lead and cotinine screening for childhood tobacco smoke exposure: Effect on parental smoking. *American Journal of Health Promotion*, 28(5), 316-320. DOI 10.4278/ajhp.120912-ARB-445.
- Keller, R., Radtke, T., Füllemann, D., Krebs, H., & Hornung, R. (2009). *Rauchen in der Schwangerschaft. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), .
- Kleinjan, M., & Engels, R. C. (2014). Substance use: Determinants and opportunities for prevention in the family and school context. *New Directions for Youth Development*, 2014(141), 15-32. DOI 10.1002/yd.20083.
- Kolas, T., Nakling, J., & Salvesen, K. A. (2000). Smoking during pregnancy increases the risk of preterm births among parous women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(8), 644-648.
- Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, G. (2016). *Le tabagisme passif en Suisse en 2015 - Analyse des données du Monitoring suisse des addictions*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Kuntsche, S., & Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, 45, 89-101. DOI 10.1016/j.cpr.2016.02.004.
- Kuper, H., Adami, H. O., & Boffetta, P. (2002). Tobacco use, cancer causation and public health impact. *Journal of Internal Medicine*, 251(6), 455-466. DOI 10.1046/j.1365-2796.2002.00993.x.
- Lavender, T., Richens, Y., Milan, S. J., Smyth, R. M., & Dowswell, T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). DOI 10.1002/14651858.CD009338.pub2.

- Lösel, F., Schmucker, M., Plankensteiner, B., & Weiss, M. (2006). *Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich – Abschlussbericht* (Az. 202-2702-10/14). Erlangen, Nürnberg: Friedrich Alexander Universität.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L., & Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). DOI 10.1002/14651858.CD001055.pub3.
- Macklin, E. D. (1987). Nontraditional family forms. In M. B. Sussman & S. K. Steinmetz (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (2nd ed., pp. 317-353). New York and London: Plenum Press.
- Maier, L. J., & Salis Gross, C. (2015). *Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen: Synthesebericht der Expertengruppe* (Bericht Nr. 360). Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF).
- Mallett, K. A., Varvil-Weld, L., Turrise, R., & Read, A. (2011). An examination of college students' willingness to experience consequences as a unique predictor of alcohol problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 41-47. DOI 10.1037/a0021494.
- Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., et al. (2014). Effectiveness of the 'Healthy School and Drugs' prevention programme on adolescents' substance use: A randomized clustered trial. *Addiction*, 109(6), 1031-1040. DOI 10.1111/add.12526.
- Marmet, S., Archimi, A., Windlin, B., & Delgrande Jordan, M. (2015). *Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986 - Resultate der Studie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC)* (Forschungsbericht Nr. 75). Lausanne: Sucht Schweiz.
- McDonald, A. D., Armstrong, B. G., & Sloan, M. (1992). Cigarette, alcohol, and coffee consumption and prematurity. *American Journal of Public Health*, 82(1), 87-90.
- Meernik, C., & Goldstein, A. O. (2015). A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum. *British Medical Bulletin*, 114(1), 135-146.
- Nave-Herz, R. (2013). Eine sozialhistorische Betrachtung der Entstehung und Verbreitung des Bürgerlichen Familienideals in Deutschland. In D. C. Krüger, H. Herma & A. Schierbaum (Eds.), *Familie(n) heute - Entwicklungen, Kontroversen, Prognosen* (pp. 18-35). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Oetting, E. R., & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33(4), 995-1026.
- Orton, S., Coleman, T., Lewis, S., Cooper, S., & Jones, L. L. (2016). "I was a full time proper smoker": A qualitative exploration of smoking in the home after childbirth among women who relapse postpartum. *PLoS One*, 11(6), e0157525. DOI 10.1371/journal.pone.0157525.
- Pbert, L., Ockene, J. K., Zapka, J., Ma, Y., Goins, K. V., Oncken, C., et al. (2004). A community health center smoking-cessation intervention for pregnant and postpartum women. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 377-385. DOI 10.1016/j.amepre.2004.02.010.
- Petrie, J., Bunn, F., & Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: A systematic review. *Health Education Research*, 22(2), 177-191. DOI 10.1093/her/cyl061.
- Pollak, K. I., Lyna, P., Bilheimer, A., Farrell, D., Gao, X., Swamy, G. K., et al. (2013). A pilot study testing SMS text delivered scheduled gradual reduction to pregnant smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1773-1776. DOI 10.1093/ntr/ntt045.

- Robinson, L. A., Clawson, A. H., Weinberg, J. A., Salgado-Garcia, F. I., & Ali, J. S. (2015). Physician intervention for improving tobacco control among parents who use tobacco. *Clinical Pediatrics*, 54(11), 1044-1050. DOI 10.1177/0009922814567304.
- Rosen, L. J., Myers, V., Hovell, M., Zucker, D., & Ben Noach, M. (2014). Meta-analysis of parental protection of children from tobacco smoke exposure. *Pediatrics*, 133(4), 698-714. DOI 10.1542/peds.2013-0958.
- Rosen, L. J., Myers, V., Winickoff, J. P., & Kott, J. (2015). Effectiveness of interventions to reduce tobacco smoke pollution in homes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(12), 16043-16059. DOI 10.3390/ijerph121215038.
- Scanzoni, J., Polonko, K., Teachman, J. D., & Thompson, L. (1989). *The sexual bond: Rethinking families and close relationships*. Newbury Park: Sage.
- Shackleton, N., Jamal, F., Viner, R. M., Dickson, K., Patton, G., & Bonell, C. (2016). School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: Systematic review of reviews. *Journal of Adolescent Health*, 58(4), 382-396. DOI 10.1016/j.jadohealth.2015.12.017.
- Spinillo, A., Capuzzo, E., Nicola, S. E., Colonna, L., Egbe, T. O., & Zara, C. (1994). Factors potentiating the smoking-related risk of fetal growth retardation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101(11), 954-958.
- Spoth, R. L., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 627-642.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Adolescent-parent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19. DOI 10.1111/1532-7795.00001.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Steinberg, L. (2016). *Adolescence* (11th ed.). Boston: McGraw-Hill Education.
- Tappin, D., Bauld, L., Purves, D., Boyd, K., Sinclair, L., MacAskill, S., et al. (2015). Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: Randomised controlled trial. *BMJ*, 350, h134. DOI 10.1136/bmj.h134.
- Thomas, R. E., Baker, P. R., & Thomas, B. C. (2016). Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: A systematic review and meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 16(5), 419-429. DOI 10.1016/j.acap.2015.12.006.
- Turrise, R., Larimer, M. E., Mallett, K. A., Kilmer, J. R., Ray, A. E., Mastroleo, N. R., et al. (2009). A randomized clinical trial evaluating a combined alcohol intervention for high-risk college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 555-567.
- Turrise, R., Padilla, K. K., & Wiersma, K. A. (2000a). College student drinking: An examination of theoretical models of drinking tendencies in freshmen and upperclassmen. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4), 598-602.
- Turrise, R., Wiersma, K. A., & Hughes, K. K. (2000b). Binge-drinking-related consequences in college students: Role of drinking beliefs and mother-teen communications. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(4), 342-355. DOI 10.1037/0893-164X.14.4.342.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

- Ussher, M., Lewis, S., Aveyard, P., Manyonda, I., West, R., Lewis, B., et al. (2015). Physical activity for smoking cessation in pregnancy: Randomised controlled trial. *BMJ*, 350, h2145. DOI 10.1136/bmj.h2145.
- Van Der Vorst, H., Engels, R. C. M. E., Meeus, W., & Deković, M. (2006). The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1299-1306. DOI 10.1111/j.1469-7610.2006.01680.x.
- Varvil-Weld, L., Crowley, D. M., Turrisi, R., Greenberg, M. T., & Mallett, K. A. (2014). Hurting, helping, or neutral? The effects of parental permissiveness toward adolescent drinking on college student alcohol use and problems. *Prevention Science*, 15(5), 716-724. DOI 10.1007/s11121-013-0430-6.
- Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 years). [journal article]. *Prevention Science*, 2(3), 165-192. DOI 10.1023/a:1011510923900.
- Windlin, B., Schneider, E., Marmet, S., & Delgrande Jordan, M. (2017). *Grundlagen der Tabakprävention für Kinder und Jugendliche im Setting Bildung - Analyse der internationalen Literatur und Einschätzungen von im Setting tätigen Akteurinnen und Akteuren in der Schweiz* (Forschungsbericht Nr. 85). Lausanne: Sucht Schweiz.
- Wood, M. D., Read, J. P., Mitchell, R. E., & Brand, N. H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(1), 19-30. DOI 10.1037/0893-164X.18.1.19.

10 Anhänge

Anhang I: Teilnehmerliste der Fokusgruppe Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Familie vom 24.10.2016

Organisation	Funktion	Ebene
Fokusgruppe		
Pro Familia Schweiz	Geschäftsführer	National
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie	Vorstandsmitglied	National
Kantonale Verwaltung	Beauftragte für Gleichstellung und Gesundheitsförderung	Kantonal
Berner Gesundheit	Mitarbeiterin Gesundheitsförderung und Prävention	Kantonal
Femmes-Tische Schweiz	Geschäftsführerin	Zielgruppe / National
Jugendfachstelle	Sozialpädagoge	Zielgruppe
Interviews		
Hebamme	selbstständig	Zielgruppe
Mütter- und Väterberatung des Kanton Bern	Geschäftsführerin	Kantonal
Arbeitgeber / Detailhandel	Verantwortlicher Gesundheitsmanagement	Regional

Anhang II: Leitfaden Fokusgruppe

Leitfaden Fokusgruppe Familie vom 24. Oktober 2016

Ort: Infodrog, Eigerplatz 5, 3007 Bern, 4. Stock

Zeitraumen: 13.30 – 16.30 Uhr

Phase I: Einführung

Was	Zeit	Wer	Wichtige Informationen Bemerkungen
Begrüssung, Dank für Teilnahme	2'	sk/mle	Kurze Einführung in das Projekt. Präsenzliste herumgeben mit Bitte, Richtigkeit zu prüfen und zu unterschreiben.
Kurze Präsentation des Teams und Rolle in der Fokusgruppe	2'	mle/sk/sm	Moderatorin der Fokusgruppen, Protokollierung, Referierende
Ziele der Diskussionsrunde	3'	mle	- Erfahrungen und Meinungen zu Chancen und Risiken der familienbasierten Tabakprävention zusammentragen - Möglichkeiten des Einbezugs der Zielgruppe klären - Mögliche Kooperationen erkennen - Empfehlungen zur familienbezogenen Tabakprävention in der Schweiz ableiten können.
Methode und Verlauf der Fokusgruppe	2'	mle	- Es handelt sich um eine geleitete Diskussion; es wird nicht ausdiskutiert; wir möchten Antworten auf unsere Fragen; kein Konsens nötig - Dauer ca. 2 Stunden - Wir nehmen die Gespräche auf; Datenschutz gewährleistet
Kurze Präsentation der Teilnehmenden	5'	mle	Nur Name und Institution, Kärtchen vorbereiten

Phase II: Präsentation der Grundlagen zur Tabakprävention im familiären Bereich

Was	Zeit	Wer	Ziel
Einleitung: eine kurze Präsentation der Ergebnisse der Literaturrecherche	10'	sk	Ziel ist, gleichen Wissensstand zu haben Keine Fragen während der Präsentation, aber anschliessend Zeit, um Verständnisfragen zu stellen (keine Diskussion)
Nur Verständnisfragen	2'	sk	Gleicher Wissensstand in Bezug auf, Wirksamkeit, good practices, Erfolgs- und Misserfolgsk Faktoren, bestehende Angebote und Lücken in der familienbezogenen Tabakprävention in der Schweiz

Phase III: Diskussion zur familienbezogenen Tabakprävention anhand von Leitfaden

Thema	Fragen	Zeit
Einstiegsfrage	Aus der Kurzpräsentation von vorhin werden Erfolgs- und Misserfolgsk Faktoren, wirksame Ansätze und Vorgehensweisen, Angebote und Lücken in der familienbezogenen Tabakprävention sichtbar. 1. Lassen sich diese erprobten und z.T. neuen Methoden, Ansätze und Wirkfaktoren auf die Schweiz übertragen und anwenden? <i>Nachfragen: Sind die dafür notwendigen Strukturen vorhanden? Ist das Wissen dazu bei den MultiplikatorInnen vorhanden?</i>	10'

Bestehende Angebote, Lücken und wahrgenommene Erfolgsfaktoren	2. Welche familienbasierten Angebote und Massnahmen der (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung kennen Sie im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit? <i>Nachfragen: Welche Themen der Gesundheitsförderung und Prävention werden am häufigsten aufgegriffen?</i> 3. Welche Erfolgsfaktoren und erfolgreichen Methoden in der familienbasierten (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung stellen Sie dabei fest? <i>Nachfragen: Wir wissen, dass Kontinuität in den Massnahmen ein Erfolgsfaktor ist. Kennen Sie Massnahmen, welche sich über verschiedene Phasen des Familienlebens erstrecken?</i> 4. Stellen Sie Lücken fest, z.B. in Bezug auf spezifische Zielgruppen?	15'
Erwartungen und Vorbehalte	5. Welches sind Ihre Erwartungen an (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im familiären Bereich? <i>Nachfragen: Auf struktureller Ebene? Auf verhaltensorientierter Ebene?</i> 6. In welcher Form wäre die familienbasierte Tabakprävention für Sie von Nutzen? Was bräuchte es, damit Sie in Ihrem Arbeitsbereich Impulse aus der Tabakprävention aufnehmen würden? 7. Welches sind Ihre Vorbehalte gegenüber der (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im familiären Bereich? 8. Was ist bezüglich (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im familiären Bereich zu vermeiden? <i>Nachfragen: Auf struktureller Ebene / Auf verhaltensorientierter Ebene?</i>	30'
Partizipation	9. Wie und in welchen Phasen sollen die Zielgruppe der Eltern oder MultiplikatorInnen bei der Entwicklung und Umsetzung von Präventionsaktivitäten bei Familien einbezogen werden? <i>Nachfragen: Wir wissen, dass eine entsprechende Ausbildung (nicht nur schriftliche Information) von MultiplikatorInnen (z.B. Mütter- und Väterberatung, Krippenpersonal) ein Erfolgsfaktor ist. Wären solche Ausbildungen in die Weiterbildung der verschiedenen MultiplikatorInnen integrierbar? Welches sind Ihre Erfahrungen mit dem Einbezug von Eltern in die Entwicklung und Umsetzung von Präventionsaktivitäten bei Familien?</i>	15'
Zusammenarbeit	10. Welches sind oder wären familiennahe Organisationen, Netzwerke, AkteurInnen, welche in Bezug auf (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung zusammenarbeiten könnten/sollten? <i>Nachfragen: Welche Rolle könnten dabei übergeordnete Strukturen wie Elternbildung CH spielen?</i>	10'

Empfehlungen	11. Welche spezifischen Zielgruppen in welchen spezifischen Settings im familiären Bereich sollen von der Tabakprävention erreicht werden? 12. Welche konkreten Angebote der (Tabak-) Prävention im familiären Bereich empfehlen Sie: - spezifische ↔ substanzübergreifende - Verhaltensebene ↔ Verhältnisebene - Primärprävention ↔ Therapie (Rauchstopp) - geschlechtersensible ↔ geschlechterinsensible 13. Haben Sie Vorschläge und Empfehlungen zur Förderung von familienbasierter (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung, die bisher nicht zur Sprache kamen?	20'
---------------------	--	-----

Phase IV: Abschluss und Dank

Was	Zeit	Wer	Bemerkungen
Information zum weiteren Verlauf des Projekts und Beantwortung entsprechender Fragen	2'	sk	z. B. zeitliche Planung, Verteilung des Berichts nach Genehmigung durch BAG?
Dank und Verabschiedung	2'	sk / mle	Aufforderung, Honorar und Reisespesen mit Originalbeleg einzusenden

Leitfaden telefonische Interviews Deutsch

Einstieg	- Dank für die Bereitschaft, mitzuwirken - Einverständnis einholen, dass das Gespräch aufgezeichnet wird, verbunden mit der Zusicherung der Anonymität - Kurzer Überblick über das gesamte Projekt
Ziel	Ergänzungen aus Ihrer Sicht zu den Fragen und Erkenntnissen aus der Fokusgruppe, weil Ihr Arbeitsbereich dabei nicht vertreten war

Aktuelle Projekte/ Massnahmen, Lücken und wahrgenommene Erfolgsfaktoren	14. Welche Tabakpräventionsmassnahmen, Tabakpräventions- oder Gesundheitsförderungsprojekte kennen Sie im Setting Familie im Kontext Ihres Arbeitsumfeldes? <i>Nachfragen: Wir haben den Eindruck, dass in der Schweiz kaum tabakspezifische Projekte im Setting Familie existieren. Teilen Sie diese Ansicht? Wären solche Projekte Ihrer Ansicht nach sinnvoll?</i> 15. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungs-themen tauchen in Ihrem Arbeitskontext am häufigsten auf? 16. Bei der dritten Frage geht es um Erfolgsfaktoren für Tabakprävention. Die Faktoren, die in der Literaturanalyse und in der Fokusgruppe besonders hervorgehoben wurden, sind: PP müssen sich der Zielgruppe anpassen Tabakprävention muss Teil eines Bündels von Massnahmen sein Rauchfreie Umgebung schaffen, eher Rauchregeln fördern statt auf Rauchstopp der Eltern setzen Partizipation ist wichtig Stigmatisierung vermeiden Sind Sie mit diesen Aussagen einverstanden? Sehen Sie andere Faktoren oder Methoden, die für eine erfolgreiche TP im Setting Familie resp. in Ihrem Arbeitsumfeld wichtig sind? 17. Sehen Sie Lücken? Zum Beispiel für bestimmte Zielgruppen oder Orte?
Erwartungen und Vorbehalte/Befürchtungen	18. Welche Art (Form) der Tabakprävention wäre im Setting Familie Ihrer Meinung nach nützlich? <i>Nachfragen: Auf struktureller Ebene? Auf individueller Ebene?</i> 19. Was darf Tabakprävention im Setting Familie nicht? Was gilt es, zu vermeiden, wenn man Tabakprävention im Setting Familie umsetzt? <i>Nachfragen: Auf struktureller Ebene? Auf individueller Ebene?</i>

Partizipation	Bei den folgenden Fragen geht es um MultiplikatorInnen im Setting Familie, z.B. - um Hebammen, KinderärztInnen, Mütter- und VäterberaterInnen - um Kinderbetreuungseinrichtungen wie Tagesschulen, Kitas etc. 20. Welche MultiplikatorInnen wären wichtig? Wie und wann (in welcher Projektphase) müsste man sie bei der Entwicklung von Präventionsaktivitäten im familiären Bereich einbeziehen? Wie und wann (in welcher Projektphase) müsste man sie bei der Umsetzung von Präventionsaktivitäten einbeziehen? <i>Nachfragen: Welches sind Ihre Erfahrungen mit dem Einbezug von MultiplikatorInnen bei Präventionsaktivitäten? Welche sind wichtig? Beim Entwickeln? Beim Umsetzen?</i> 21. Wie steht es um den Einbezug von Eltern resp. Müttern und Vätern? Wie und wann (in welcher Projektphase) müsste man Eltern einerseits bei der Entwicklung und andererseits bei der Umsetzung von Präventionsaktivitäten im Setting Familie einbeziehen? Haben Sie selbst Erfahrung damit? Welche? 22. Primäres Zielpublikum sind ja Kinder und Jugendliche. Wie und wann (in welcher Projektphase) müsste man Kinder und Jugendliche einerseits bei der Entwicklung, andererseits bei der Umsetzung von Präventionsaktivitäten einbeziehen?
Zusammenarbeit	23. Welches sind die Organisationen, Netzwerke, Akteure/Akteurinnen, die dem Setting Familie nahe sind und die in der Tabakprävention mitarbeiten könnten oder sollten? Wie funktionieren diese Organisationen, Netzwerke, Akteure/Akteurinnen? Was muss man konkret über ihr Funktionieren wissen, um eine Zusammenarbeit zu etablieren oder zu verbessern? Wie funktionieren diese? Wie «funktioniert» das Netz? Interessant vor allem: Nationale oder supraregionale Organisationen, Netzwerke und Akteure/Akteurinnen. <i>Nachfragen: Welche Rolle könnten Dachorganisationen spielen?</i> <i>Haben Sie Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Dachorganisationen und/oder entsprechende Empfehlungen, die sie mit uns teilen könnten? Wie funktionieren Dachorganisationen?</i>

Schlussfrage	24. Haben Sie Empfehlungen und Vorschläge, um Tabakprävention und GF im Bereich Familie zu fördern, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?
---------------------	--

Abschluss	
Informationen zum weiteren Projektverlauf	Bis Ende Jahr wird der Bericht von Sucht Schweiz dem Tabakpräventionsfonds vorliegen. Sobald der TPF den Bericht akzeptiert hat, wird Ihnen der Bericht zugänglich gemacht.
Dank	Vielen Dank für Ihre wertvollen Auskünfte.

Leitfaden telefonisches Interview französisch

Introduction	Remercier d'avoir accepté l'interview. Demander l'accord de l'interviewé-e quant à l'enregistrement de l'entretien, en lui assurant le respect de l'anonymat. Bref exposé sur le contenu et les objectifs du projet
Objectif	Nous souhaiterions que vous apportiez, de votre point de vue, des compléments aux informations recueillies dans le cadre du groupe focus qui s'est tenu il y a quelques semaines avec d'autres personnes travaillant également dans le contexte de la famille, mais dans d'autres domaines d'activités que le vôtre. Tout au long de cette interview, nous utiliserons l'expression "setting Famille" pour parler du contexte de la famille au sens large.

Projets actuels/ intervention/ mesures, lacunes et facteurs de succès perçus	25. Quelles offres ou mesures de prévention du tabagisme et de promotion de la santé existantes dans le setting Famille connaissez-vous en lien avec votre travail? <i>Approfondir: Nous avons l'impression qu'il n'existe en Suisse que très peu de projets de prévention spécifiques au tabagisme dans le setting Famille. Partagez-vous ce point de vue? A votre avis, de tels projets seraient-ils utiles?</i> 26. Dans votre contexte de travail, quels thèmes ou problématiques les offres ou mesures de prévention et de promotion de la santé concernent-elles le plus souvent?
---	---

	27. La prochaine question a trait aux facteurs de succès de la prévention du tabagisme. Les éléments particulièrement mis en évidence dans le cadre de la recherche de littérature et du groupe focus sont les suivants: Les projets de prévention du tabagisme doivent s'adapter à la population cible La prévention du tabagisme doit faire partie d'un paquet de diverses mesures Créer un environnement sans fumée, promouvoir des règles de consommation plutôt que l'arrêt du tabagisme des parents La participation (implication des multiplicateurs et de la population cible dans la conception et la mise en œuvre d'interventions/mesures préventives) est importante Eviter la stigmatisation Êtes-vous d'accord avec ces différents éléments? Voyez-vous d'autres facteurs ou méthodes pour une prévention du tabagisme efficace dans le setting Famille resp. dans votre contexte de travail? 28. Voyez-vous des lacunes, par exemple pour certains groupes cibles ou lieux spécifiques?
Attentes et réserves/craintes	29. Quel-le type ou forme de prévention du tabagisme dans le setting Famille pourrait être utile selon vous? <i>Approfondir: Au niveau structurel? Au niveau individuel/comportemental?</i> 30. Qu'est-ce qui devrait être évité en matière de prévention du tabagisme et de promotion de la santé dans le setting Famille. <i>Approfondir: Au niveau structurel? Au niveau individuel/comportemental?</i>

Participation	Les questions suivantes portent sur les multiplicateurs dans le setting Famille, par exemple - sages-femmes, pédiatres, intervenant-e-s du domaine des consultations parents - institutions oeuvrant dans le domaine de la garde d'enfants, telles que accueil pour enfants en milieu scolaire, garderies, etc. 31. Quels sont les types de multiplicateurs clés? Comment et à quel moment (quelle phase) faudrait-il impliquer les multiplicateurs lors de la conception resp. de la mise en oeuvre d'activités de prévention dans le setting Famille? <i>Approfondir: quelles sont vos propres expériences relatives au fait d'impliquer les multiplicateurs dans les activités de prévention? Quels sont les multiplicateurs clés? Au moment du développement? Au moment de la mise en oeuvre?</i> 32. Qu'en est-il du fait d'impliquer les parents, resp. le père et/ou la mère? Comment et à quel moment (quelle phase) devrait-on impliquer les parents dans la conception resp. dans la mise en oeuvre d'activités de prévention dans le setting Famille? Avez-vous des expériences en la matière? Si oui, lesquelles? 33. La première population cible de la prévention du tabagisme sont les enfants et adolescent-e-s. Comment et à quel moment (quelle phase de la conception et de la mise en oeuvre) devrait-on impliquer les enfants et adolescent-e-s dans la conception resp. dans la mise en oeuvre d'activités de prévention dans le setting Famille?
Collaboration	34. Quel-le-s sont les organisations, réseaux, acteurs/trices, proches du setting Famille qui pourraient ou devraient collaborer en matière de prévention du tabagisme et de promotion de la santé? Comment fonctionnent ces organisations, réseaux, acteurs/trices? Concrètement, que doit-on savoir à propos de leur fonctionnement si l'on souhaite établir et améliorer une collaboration avec elles/eux? Comment fonctionnent-elles entre elles? Comment "fonctionne" le réseau? Particulièrement intéressant pour nous: organisations, réseaux, acteurs/trices nationaux ou suprarégionaux. <i>Approfondir: Quel rôle pourraient jouer les organisations faitières?</i> <i>Avez-vous des expériences en matière de collaboration avec des organisations faitières et/ou des recommandations à ce sujet dont vous pourriez nous faire part? Comment ces organisations faitières fonctionnent-elles?</i>

Question finale	35. Avez-vous des propositions ou recommandations pour promouvoir la prévention du tabagisme et la promotion de la santé dans le setting Famille dont nous n'aurions pas encore parlé ?
------------------------	---

Conclusion	
Informations sur la suite du projet	Le rapport d'Addiction Suisse sera livré au Fonds de prévention du tabagisme d'ici la fin de l'année. Ce rapport vous sera remis aussitôt sa version définitive acceptée par le Fonds.
Remerciements	Un grand merci pour ces précieuses informations.

Verwendete Reviews

- Al-Sayed, E. M., & Ibrahim, K. S. (2014). Second-hand tobacco smoke and children. *Toxicol Ind Health*, 30(7), 635-644. DOI 10.1177/0748233712462473.
- Allen, M. L., Garcia-Huidobro, D., Porta, C., Curran, D., Patel, R., Miller, J., et al. (2016). Effective parenting interventions to reduce youth substance use: A systematic review. *Pediatrics*, 138(2). DOI 10.1542/peds.2015-4425.
- Bartholomew, K. S. (2015). Policy options to promote smokefree environments for children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(6), 146-181. DOI 10.1016/j.cppeds.2015.04.001.
- Baxi, R., Sharma, M., Roseby, R., Polnay, A., Priest, N., Waters, E., et al. (2014). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). DOI 10.1002/14651858.CD001746.pub3.
- Baxter, S., Blank, L., Everson-Hock, E. S., Burrows, J., Messina, J., Guillaume, L., et al. (2011). The effectiveness of interventions to establish smoke-free homes in pregnancy and in the neonatal period: a systematic review. *Health Educ Res*, 26(2), 265-282. DOI 10.1093/her/cyq092.
- Borrelli, B., Tooley, E. M., & Scott-Sheldon, L. A. (2015). Motivational Interviewing for Parent-child Health Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent*, 37(3), 254-265.
- Brown, N., Lockett, T., Davidson, P. M., & Di Giacomo, M. (2015). Interventions to reduce harm from smoking with families in infancy and early childhood: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(3), 3091-3119. DOI 10.3390/ijerph120303091.
- Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Peters, M., Chang, A. B., Veale, A., et al. (2012). Interventions for tobacco use prevention in Indigenous youth. *Cochrane Database Syst Rev*(8), Cd009325. DOI 10.1002/14651858.CD009325.pub2.
- Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J., et al. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10). DOI 10.1002/14651858.CD001055.pub4.
- Crawford, J. T., Tolosa, J. E., & Goldenberg, R. L. (2008). Smoking cessation in pregnancy: Why, how, and what next. *Clinical Gynecology and Obstetrics*, 51(2), 419-435. DOI 10.1097/GRF.0b013e31816fe9e9.

- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reprod Health, 11 Suppl 3*, S1. DOI 10.1186/1742-4755-11-s3-s1.
- Einarson, A., & Riordan, S. (2009). Smoking in pregnancy and lactation: A review of risks and cessation strategies. *European Journal of Clinical Pharmacology, 65*(4), 325-330. DOI 10.1007/s00228-008-0609-0.
- Emory, K., Saquib, N., Gilpin, E. A., & Pierce, J. P. (2010). The association between home smoking restrictions and youth smoking behaviour: A review. *Tobacco Control, 19*(6), 495-506. DOI 10.1136/tc.2010.035998.
- Flemming, K., Graham, H., Heirs, M., Fox, D., & Sowden, A. (2013). Smoking in pregnancy: A systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *Journal of Advanced Nursing, 69*(5), 1023-1036. DOI 10.1111/jan.12066.
- Gage, J. D., Everett, K. D., & Bullock, L. (2007). A review of research literature addressing male partners and smoking during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 36*(6), 574-580. DOI 10.1111/j.1552-6909.2007.00188.x.
- Jackson, C., Geddes, R., Haw, S., & Frank, J. (2012). Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: A systematic review. *Addiction, 107*(4), 733-747.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health, 34 Suppl 1*, 31-40. DOI 10.1093/pubmed/fdr113.
- Jones, M., Lewis, S., Parrott, S., & Coleman, T. (2015). Systematic critical review of previous economic evaluations of smoking cessation during pregnancy. *BMJ Open, 5*(11), e008998. DOI 10.1136/bmjopen-2015-008998.
- Kleinjan, M., & Engels, R. C. (2014). Substance use: Determinants and opportunities for prevention in the family and school context. *New Directions for Youth Development, 2014*(141), 15-32. DOI 10.1002/yd.20083.
- Kumpfer, K. L., & Fowler, M. A. (2007). Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. *Semin Fetal Neonatal Med, 12*(2), 134-142. DOI 10.1016/j.siny.2007.01.003.
- Kuntsche, S., & Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clinical Psychology Review, 45*, 89-101. DOI 10.1016/j.cpr.2016.02.004.
- Lavender, T., Richens, Y., Milan, S. J., Smyth, R. M., & Dowswell, T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). DOI 10.1002/14651858.CD009338.pub2.
- Levy, S., & Williams, J. F. (2014). Adolescent substance use: the role of the medical home. *Adolesc Med State Art Rev, 25*(1), 1-14.
- Lorencatto, F., West, R., & Michie, S. (2012). Specifying evidence-based behavior change techniques to aid smoking cessation in pregnancy. *Nicotine Tob Res, 14*(9), 1019-1026. DOI 10.1093/ntr/ntr324.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L., & Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd001055. DOI 10.1002/14651858.CD001055.pub3.
- Meernik, C., & Goldstein, A. O. (2015). A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum. *British Medical Bulletin, 114*(1), 135-146.

- Miyazaki, Y., Hayashi, K., & Imazeki, S. (2015). Smoking cessation in pregnancy: psychosocial interventions and patient-focused perspectives. *Int J Womens Health*, 7, 415-427. DOI 10.2147/ijwh.s54599.
- Murthy, P., & Subodh, B. N. (2010). Current developments in behavioral interventions for tobacco cessation. *Curr Opin Psychiatry*, 23(2), 151-156. DOI 10.1097/YCO.0b013e328336653f.
- Naughton, F., Prevost, A. T., & Sutton, S. (2008). Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 103(4), 566-579. DOI 10.1111/j.1360-0443.2008.02140.x.
- Oncken, C. A., Dietz, P. M., Tong, V. T., Belizan, J. M., Tolosa, J. E., Berghella, V., et al. (2010). Prenatal tobacco prevention and cessation interventions for women in low- and middle-income countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89(4), 442-453. DOI 10.3109/00016341003678450.
- Pbert, L., Farber, H., Horn, K., Lando, H. A., Muramoto, M., O'Loughlin, J., et al. (2015). State-of-the-art office-based interventions to eliminate youth tobacco use: the past decade. *Pediatrics*, 135(4), 734-747. DOI 10.1542/peds.2014-2037.
- Petrie, J., Bunn, F., & Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: A systematic review. *Health Education Research*, 22(2), 177-191. DOI 10.1093/her/cyl061.
- Prokhorov, A. V., Calabro, K. S., & Tami-Maury, I. (2016). Nicotine and Tobacco Use Prevention among Youth and Families. *Semin Oncol Nurs*, 32(3), 197-205. DOI 10.1016/j.soncn.2016.05.003.
- Rosen, L. J., Myers, V., Hovell, M., Zucker, D., & Ben Noach, M. (2014). Meta-analysis of parental protection of children from tobacco smoke exposure. *Pediatrics*, 133(4), 698-714. DOI 10.1542/peds.2013-0958.
- Rosen, L. J., Myers, V., Winickoff, J. P., & Kott, J. (2015). Effectiveness of interventions to reduce tobacco smoke pollution in homes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(12), 16043-16059. DOI 10.3390/ijerph121215038.
- Rosen, L. J., Noach, M. B., Winickoff, J. P., & Hovell, M. F. (2012). Parental smoking cessation to protect young children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 129(1), 141-152. DOI 10.1542/peds.2010-3209.
- Shackleton, N., Jamal, F., Viner, R. M., Dickson, K., Patton, G., & Bonell, C. (2016). School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: Systematic review of reviews. *Journal of Adolescent Health*, 58(4), 382-396. DOI 10.1016/j.jadohealth.2015.12.017.
- Thomas, R. E., Baker, P. R., & Thomas, B. C. (2016). Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: A systematic review and meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 16(5), 419-429. DOI 10.1016/j.acap.2015.12.006.
- Thomas, R. E., Baker, P. R., Thomas, B. C., & Lorenzetti, D. L. (2015). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*(2), Cd004493. DOI 10.1002/14651858.CD004493.pub3.
- Tingen, M. S., Andrews, J. O., & Stevenson, A. W. (2009). Primary and secondary tobacco prevention in youth. *Annu Rev Nurs Res*, 27, 171-193.

Verwendete Literatur

- Abdullah, A. S., Hua, F., Khan, H., Xia, X., Bing, Q., Tarang, K., et al. (2015). Secondhand Smoke Exposure Reduction Intervention in Chinese Households of Young Children: A Randomized Controlled Trial. *Acad Pediatr*, 15(6), 588-598. DOI 10.1016/j.acap.2015.06.008.

- Albrecht, S. A., Caruthers, D., Patrick, T., Reynolds, M., Salamie, D., Higgins, L. W., et al. (2006). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention for pregnant adolescents. *Nurs Res*, 55(6), 402-410.
- Ames, S. C., Rock, E., Hurt, R. D., Patten, C. A., Croghan, I. T., Stoner, S. M., et al. (2008). Development and feasibility of a parental support intervention for adolescent smokers. *Substance Use & Misuse*, 43(3-4), 497-511. DOI 10.1080/10826080701208426.
- Baheiraei, A., Kharaghani, R., Mohsenifar, A., Kazemnejad, A., Alikhani, S., Milani, H. S., et al. (2011). Reduction of secondhand smoke exposure among healthy infants in Iran: randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res*, 13(9), 840-847. DOI 10.1093/ntr/ntr085.
- Beatty, S. E., Cross, D. S., & Shaw, T. M. (2008). The impact of a parent-directed intervention on parent-child communication about tobacco and alcohol. *Drug Alcohol Rev*, 27(6), 591-601. DOI 10.1080/09595230801935698.
- Blanch, C., Fernandez, E., Martinez-Sanchez, J. M., Ariza, C., Lopez, M. J., Moncada, A., et al. (2013). Impact of a multi-level intervention to prevent secondhand smoke exposure in schoolchildren: a randomized cluster community trial. *Prev Med*, 57(5), 585-590. DOI 10.1016/j.ypmed.2013.07.018.
- Borrelli, B., McQuaid, E. L., Tooley, E. M., Busch, A. M., Hammond, S. K., Becker, B., et al. (2016). Motivating parents of kids with asthma to quit smoking: the effect of the teachable moment and increasing intervention intensity using a longitudinal randomized trial design. *Addiction*, 111(9), 1646-1655. DOI 10.1111/add.13389.
- Bullock, L., Everett, K. D., Mullen, P. D., Geden, E., Longo, D. R., & Madsen, R. (2009). Baby BEEP: A randomized controlled trial of nurses' individualized social support for poor rural pregnant smokers. *Matern Child Health J*, 13(3), 395-406. DOI 10.1007/s10995-008-0363-z.
- Carver, V., Reinert, B., & Range, L. M. (2006). Early Adolescents and Anti-Tobacco Messages from School, Community, Media, Physicians, and Parents. [Journal Articles Reports - Research]. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 15(4), 75-87.
- Chan, S. S., Wong, D. C., & Lam, T. H. (2013). Will mothers of sick children help their husbands to stop smoking after receiving a brief intervention from nurses? Secondary analysis of a randomised controlled trial. *BMC Pediatr*, 13, 50. DOI 10.1186/1471-2431-13-50.
- Chen, Y. T., Hsiao, F. H., Lee, C. M., Wang, R. H., & Chen, P. L. (2016). Effects of a Parent-Child Interactive Program for Families on Reducing the Exposure of School-Aged Children to Household Smoking. *Nicotine Tob Res*, 18(3), 330-340. DOI 10.1093/ntr/ntv105.
- Colby, S. M., Nargiso, J., Tevyaw, T. O., Barnett, N. P., Metrik, J., Lewander, W., et al. (2012). Enhanced motivational interviewing versus brief advice for adolescent smoking cessation: results from a randomized clinical trial. *Addict Behav*, 37(7), 817-823. DOI 10.1016/j.addbeh.2012.03.011.
- Collins, B. N., Nair, U. S., Hovell, M. F., DiSantis, K. I., Jaffe, K., Tolley, N. M., et al. (2015). Reducing Underserved Children's Exposure to Tobacco Smoke: A Randomized Counseling Trial With Maternal Smokers. *Am J Prev Med*, 49(4), 534-544. DOI 10.1016/j.amepre.2015.03.008.
- Connell, A. M., Dishion, T. J., Yasui, M., & Kavanagh, K. (2007). An adaptive approach to family intervention: linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *J Consult Clin Psychol*, 75(4), 568-579. DOI 10.1037/0022-006x.75.4.568.
- Daly, J. B., Freund, M., Burrows, S., Considine, R., Bowman, J. A., & Wiggers, J. H. (2016). A Cluster Randomised Controlled Trial of a Brief Child Health Nurse Intervention to Reduce Infant Secondhand Smoke Exposure. *Matern Child Health J*. DOI 10.1007/s10995-016-2099-5.

- DeGarmo, D. S., Eddy, J. M., Reid, J. B., & Fetrow, R. A. (2009). Evaluating mediators of the impact of the Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) multimodal preventive intervention on substance use initiation and growth across adolescence. *Prev Sci*, 10(3), 208-220. DOI 10.1007/s11121-009-0126-0.
- Eades, S. J., Sanson-Fisher, R. W., Wenitong, M., Panaretto, K., D'Este, C., Gilligan, C., et al. (2012). An intensive smoking intervention for pregnant Aboriginal and Torres Strait Islander women: a randomised controlled trial. *Med J Aust*, 197(1), 42-46.
- El-Mohandes, A. A., Kiely, M., Blake, S. M., Gantz, M. G., & El-Khorazaty, M. N. (2010). An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes. *Pediatrics*, 125(4), 721-728. DOI 10.1542/peds.2009-1809.
- Fosco, G. M., Frank, J. L., Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2013). Opening the "Black Box": family check-up intervention effects on self-regulation that prevents growth in problem behavior and substance use. *J Sch Psychol*, 51(4), 455-468. DOI 10.1016/j.jsp.2013.02.001.
- Gillaspy, S. R., Leffingwell, T., Mignogna, M., Mignogna, J., Bright, B., & Fedele, D. (2013). Testing of a web-based program to facilitate parental smoking cessation readiness in primary care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 4(1), 2-7. DOI 10.1177/2150131912442898.
- Gordon, J., Biglan, A., & Smolkowski, K. (2008). The impact on tobacco use of branded youth anti-tobacco activities and family communications about tobacco. *Prev Sci*, 9(2), 73-87. DOI 10.1007/s11121-008-0089-6.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., Gonzalez, B., Bouris, A., & Banspach, S. (2010). The Linking Lives health education program: a randomized clinical trial of a parent-based tobacco use prevention program for african american and latino youths. *Am J Public Health*, 100(9), 1641-1647. DOI 10.2105/ajph.2009.171637.
- Haggerty, K. P., Skinner, M. L., MacKenzie, E. P., & Catalano, R. F. (2007). A randomized trial of Parents Who Care: effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prev Sci*, 8(4), 249-260. DOI 10.1007/s11121-007-0077-2.
- Harris, J. E., Balsa, A. I., & Triunfo, P. (2015). Tobacco control campaign in Uruguay: Impact on smoking cessation during pregnancy and birth weight. *J Health Econ*, 42, 186-196. DOI 10.1016/j.jhealeco.2015.04.002.
- Herbert, R. J., Gagnon, A. J., O'Loughlin, J. L., & Rennick, J. E. (2011). Testing an empowerment intervention to help parents make homes smoke-free: a randomized controlled trial. *J Community Health*, 36(4), 650-657. DOI 10.1007/s10900-011-9356-8.
- Hiemstra, M., Ringlever, L., Otten, R., van Schayck, O. C., & Engels, R. C. (2013). Short-term effects of a home-based smoking prevention program on antismoking socialization and smoking-related cognitions: a cluster randomized controlled trial. *Eur Addict Res*, 19(3), 128-140. DOI 10.1159/000341995.
- Hiemstra, M., Ringlever, L., Otten, R., van Schayck, O. C., Jackson, C., & Engels, R. C. (2014). Long-term effects of a home-based smoking prevention program on smoking initiation: a cluster randomized controlled trial. *Prev Med*, 60, 65-70. DOI 10.1016/j.ypmed.2013.12.012.
- Hipple, B., Nabi-Burza, E., Hall, N., Regan, S., & Winickoff, J. P. (2013). Distance-based training in two community health centers to address tobacco smoke exposure of children. *BMC Pediatr*, 13, 56. DOI 10.1186/1471-2431-13-56.
- Hovell, M. F., Zakarian, J. M., Matt, G. E., Liles, S., Jones, J. A., Hofstetter, C. R., et al. (2009). Counseling to reduce children's secondhand smoke exposure and help parents quit smoking: a controlled trial. *Nicotine Tob Res*, 11(12), 1383-1394. DOI 10.1093/ntr/ntp148.

- Hymowitz, N., Pyle, S. A., Haddock, C. K., & Schwab, J. V. (2008). The pediatric residency training on tobacco project: four-year parent outcome findings. *Prev Med*, 47(2), 221-224. DOI 10.1016/j.ypmed.2008.05.011.
- Jackson, C., & Dickinson, D. (2006). Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking: results from a 3-year intervention evaluation. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(1), 56-62. DOI 10.1001/archpedi.160.1.56.
- Jackson, C., & Dickinson, D. M. (2011). Anti-smoking parenting practices: recall by and effect on children's risk of smoking after 3 years. *Int J Public Health*, 56(3), 263-270. DOI 10.1007/s00038-010-0227-3.
- Kallio, K., Jokinen, E., Hamalainen, M., Kaitosaari, T., Volanen, I., Viikari, J., et al. (2006). Impact of repeated lifestyle counselling in an atherosclerosis prevention trial on parental smoking and children's exposure to tobacco smoke. *Acta Paediatr*, 95(3), 283-290. DOI 10.1080/08035250500375145.
- Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J., et al. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164(5), 412-418. DOI 10.1001/archpediatrics.2010.76.
- Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Helgason, A. R. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Prev Med*, 51(2), 168-171. DOI 10.1016/j.ypmed.2010.05.001.
- Lee, M., Miller, S. M., Wen, K. Y., Hui, S. K., Roussi, P., & Hernandez, E. (2015). Cognitive-behavioral intervention to promote smoking cessation for pregnant and postpartum inner city women. *J Behav Med*, 38(6), 932-943. DOI 10.1007/s10865-015-9669-7.
- Mahabee-Gittens, E. M., Huang, B., Slap, G. B., & Gordon, J. S. (2008). An Emergency Department Intervention to Increase Parent-Child Tobacco Communication: A Pilot Study. [Journal Articles Reports - Research]. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 17(2), 71-83.
- Marsiglia, F. F., Ayers, S. L., Baldwin-White, A., & Booth, J. (2016). Changing Latino Adolescents' Substance Use Norms and Behaviors: the Effects of Synchronized Youth and Parent Drug Use Prevention Interventions. *Prev Sci*, 17(1), 1-12. DOI 10.1007/s11121-015-0574-7.
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C., van Leerdam, F. J., Crone, M., Crijnen, A., & HiraSing, R. A. (2014). Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Midwifery*, 30(6), 688-695. DOI 10.1016/j.midw.2013.08.006.
- Ondersma, S. J., Svikis, D. S., Lam, P. K., Connors-Burge, V. S., Ledgerwood, D. M., & Hopper, J. A. (2012). A randomized trial of computer-delivered brief intervention and low-intensity contingency management for smoking during pregnancy. *Nicotine Tob Res*, 14(3), 351-360. DOI 10.1093/ntr/ntr221.
- Ortega Cuelva, G., Cabezas Pena, C., Almeda Ortega, J., Saez Zafra, M., Ballve Moreno, J. L., Pascual Esteban, J. A., et al. (2015). Effectiveness of a brief primary care intervention to reduce passive smoking in babies: a cluster randomised clinical trial. *J Epidemiol Community Health*, 69(3), 249-260. DOI 10.1136/jech-2014-204708.
- Peck, K. R., Tyc, V. L., Huang, Q., & Zhang, H. (2015). Reduction of Secondhand Smoke Exposure in the Cars of Children With Cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 32(6), 401-409. DOI 10.1177/1043454214563755.
- Perry, C. L., Stigler, M. H., Arora, M., & Reddy, K. S. (2009). Preventing tobacco use among young people in India: Project MYTRI. *Am J Public Health*, 99(5), 899-906. DOI 10.2105/ajph.2008.145433.

- Phillips, R. M., Merritt, T. A., Goldstein, M. R., Deming, D. D., Slater, L. E., & Angeles, D. M. (2012). Prevention of postpartum smoking relapse in mothers of infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol*, 32(5), 374-380. DOI 10.1038/jp.2011.106.
- Pollak, K. I., Lyna, P., Bilheimer, A. K., Gordon, K. C., Peterson, B. L., Gao, X., et al. (2015). Efficacy of a couple-based randomized controlled trial to help Latino fathers quit smoking during pregnancy and postpartum: the Parejas trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 24(2), 379-385. DOI 10.1158/1055-9965.epi-14-0841.
- Pollak, K. I., Oncken, C. A., Lipkus, I. M., Lyna, P., Swamy, G. K., Pletsch, P. K., et al. (2007). Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med*, 33(4), 297-305. DOI 10.1016/j.amepre.2007.05.006.
- Prado, G., Pantin, H., Briones, E., Schwartz, S. J., Feaster, D., Huang, S., et al. (2007). A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 75(6), 914-926. DOI 10.1037/0022-006x.75.6.914.
- Ralston, S., & Roohi, M. (2008). A randomized, controlled trial of smoking cessation counseling provided during child hospitalization for respiratory illness. *Pediatr Pulmonol*, 43(6), 561-566. DOI 10.1002/ppul.20810.
- Redding, C. A., Prochaska, J. O., Armstrong, K., Rossi, J. S., Hoepfner, B. B., Sun, X., et al. (2015). Randomized trial outcomes of a TTM-tailored condom use and smoking intervention in urban adolescent females. *Health Educ Res*, 30(1), 162-178. DOI 10.1093/her/cyu015.
- Reitzel, L. R., Vidrine, J. I., Businelle, M. S., Kendzor, D. E., Costello, T. J., Li, Y., et al. (2010). Preventing postpartum smoking relapse among diverse low-income women: a randomized clinical trial. *Nicotine Tob Res*, 12(4), 326-335. DOI 10.1093/ntr/ntq001.
- Robinson, L. A., Clawson, A. H., Weinberg, J. A., Salgado-Garcia, F. I., & Ali, J. S. (2015). Physician intervention for improving tobacco control among parents who use tobacco. *Clinical Pediatrics*, 54(11), 1044-1050. DOI 10.1177/0009922814567304.
- Robles, E., Vargas, P. A., Perry, T. T., & Feild, C. R. (2009). Reducing exposure of pre-school children to environmental tobacco smoke: Feasibility of a program for parents and other caregivers. *Revista Mexicana de Analisis de la Conducta*, 35(2), 7-22.
- Ruger, J. P., Weinstein, M. C., Hammond, S. K., Kearney, M. H., & Emmons, K. M. (2008). Cost-effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation and relapse prevention among low-income pregnant women: a randomized controlled trial. *Value Health*, 11(2), 191-198. DOI 10.1111/j.1524-4733.2007.00240.x.
- Schinke, S. P., Cole, K. C. A., & Fang, L. (2009). Gender-specific intervention to reduce underage drinking among early adolescent girls: A test of a computer-mediated, mother-daughter program. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(1), 70-77.
- Schinke, S. P., Fang, L., & Cole, K. C. (2009). Preventing substance use among adolescent girls: 1-year outcomes of a computerized, mother-daughter program. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1060-1064. DOI 10.1016/j.addbeh.2009.06.007.
- Schinke, S. P., Schwinn, T. M., & Fang, L. (2010). Longitudinal outcomes of an alcohol abuse prevention program for urban adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(5), 451-457. DOI 10.1016/j.jadohealth.2009.11.208.
- Schuck, K., Bricker, J. B., Otten, R., Kleinjan, M., Brandon, T. H., & Engels, R. C. (2014). Effectiveness of proactive quitline counselling for smoking parents recruited through primary schools: results of a randomized controlled trial. *Addiction*, 109(5), 830-841. DOI 10.1111/add.12485.

- Schuck, K., Otten, R., Kleinjan, M., Bricker, J. B., & Engels, R. C. (2013). School-based promotion of cessation support: reach of proactive mailings and acceptability of treatment in smoking parents recruited into cessation support through primary schools. *BMC Public Health*, 13, 381. DOI 10.1186/1471-2458-13-381.
- Schwinn, T. M., & Schinke, S. P. (2010). Preventing alcohol use among late adolescent urban youth: 6-year results from a computer-based intervention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(4), 535-538.
- Skarstrand, E., Sundell, K., & Andreasson, S. (2014). Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme. *Eur J Public Health*, 24(4), 578-584. DOI 10.1093/eurpub/ckt146.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., Greenberg, M., Clair, S., & Feinberg, M. (2007). Substance-use outcomes at 18 months past baseline: the PROSPER Community-University Partnership Trial. *Am J Prev Med*, 32(5), 395-402. DOI 10.1016/j.amepre.2007.01.014.
- Spoth, R., Trudeau, L., Gyll, M., Shin, C., & Redmond, C. (2009). Universal intervention effects on substance use among young adults mediated by delayed adolescent substance initiation. *J Consult Clin Psychol*, 77(4), 620-632. DOI 10.1037/a0016029.
- Spoth, R., Trudeau, L., Redmond, C., & Shin, C. (2014). Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse. *J Consult Clin Psychol*, 82(6), 949-963. DOI 10.1037/a0036840.
- Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., & Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 51/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug Alcohol Depend*, 96(1-2), 57-68. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.023.
- Stormshak, E. A., Connell, A. M., Veronneau, M. H., Myers, M. W., Dishion, T. J., Kavanagh, K., et al. (2011). An ecological approach to promoting early adolescent mental health and social adaptation: family-centered intervention in public middle schools. *Child Dev*, 82(1), 209-225. DOI 10.1111/j.1467-8624.2010.01551.x.
- Stotts, A. L., Groff, J. Y., Velasquez, M. M., Benjamin-Garner, R., Green, C., Carbonari, J. P., et al. (2009). Ultrasound feedback and motivational interviewing targeting smoking cessation in the second and third trimesters of pregnancy. *Nicotine Tob Res*, 11(8), 961-968. DOI 10.1093/ntr/ntp095.
- Streja, L., Crespi, C. M., Bastani, R., Wong, G. C., Jones, C. A., Bernert, J. T., et al. (2014). Can a minimal intervention reduce secondhand smoke exposure among children with asthma from low income minority families? Results of a randomized trial. *J Immigr Minor Health*, 16(2), 256-264. DOI 10.1007/s10903-012-9713-4.
- Subramanian, S., Katz, K. S., Rodan, M., Gantz, M. G., El-Khorazaty, N. M., Johnson, A., et al. (2012). An integrated randomized intervention to reduce behavioral and psychosocial risks: pregnancy and neonatal outcomes. *Matern Child Health J*, 16(3), 545-554. DOI 10.1007/s10995-011-0875-9.
- Tappin, D., Bauld, L., Purves, D., Boyd, K., Sinclair, L., MacAskill, S., et al. (2015). Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: Randomised controlled trial. *BMJ*, 350, h134. DOI 10.1136/bmj.h134.
- Tyc, V. L., Huang, Q., Nicholson, J., Schultz, B., Hovell, M. F., Lensing, S., et al. (2013). Intervention to reduce secondhand smoke exposure among children with cancer: a controlled trial. *Psychooncology*, 22(5), 1104-1111. DOI 10.1002/pon.3117.
- van Lier, P. A., Huizink, A., & Crijnen, A. (2009). Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. *Drug Alcohol Depend*, 100(3), 228-233. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2008.10.004.

- Vartiainen, E., Pennanen, M., Haukkala, A., Dijk, F., Lehtovuori, R., & De Vries, H. (2007). The effects of a three-year smoking prevention programme in secondary schools in Helsinki. *Eur J Public Health*, 17(3), 249-256. DOI 10.1093/eurpub/ckl107.
- Walker, N., Johnston, V., Glover, M., Bullen, C., Trenholme, A., Chang, A., et al. (2015). Effect of a family-centered, secondhand smoke intervention to reduce respiratory illness in indigenous infants in Australia and New Zealand: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res*, 17(1), 48-57. DOI 10.1093/ntr/ntu128.
- Wang, Y., Storr, C. L., Green, K. M., Zhu, S., Stuart, E. A., Lynne-Landsman, S. D., et al. (2012). The effect of two elementary school-based prevention interventions on being offered tobacco and the transition to smoking. *Drug Alcohol Depend*, 120(1-3), 202-208. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2011.07.022.
- Wilkinson, S. A., & McIntyre, H. D. (2012). Evaluation of the 'healthy start to pregnancy' early antenatal health promotion workshop: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 131. DOI 10.1186/1471-2393-12-131.
- Wilson, S. R., Farber, H. J., Knowles, S. B., & Lavori, P. W. (2011). A randomized trial of parental behavioral counseling and cotinine feedback for lowering environmental tobacco smoke exposure in children with asthma: results of the LET'S Manage Asthma trial. *Chest*, 139(3), 581-590. DOI 10.1378/chest.10-0772.
- Winickoff, J. P., Nabi-Burza, E., Chang, Y., Finch, S., Regan, S., Wasserman, R., et al. (2013). Implementation of a parental tobacco control intervention in pediatric practice. *Pediatrics*, 132(1), 109-117. DOI 10.1542/peds.2012-3901.
- Winickoff, J. P., Nabi-Burza, E., Chang, Y., Regan, S., Drehmer, J., Finch, S., et al. (2014). Sustainability of a parental tobacco control intervention in pediatric practice. *Pediatrics*, 134(5), 933-941. DOI 10.1542/peds.2014-0639.
- Yucel, U., Ocek, Z. A., & Ciceklioglu, M. (2014). Evaluation of an intensive intervention programme to protect children aged 1-5 years from environmental tobacco smoke exposure at home in Turkey. *Health Educ Res*, 29(3), 442-455. DOI 10.1093/her/cyu005.

Verwendete Innovative Studien

- Ames, S. C., Rock, E., Hurt, R. D., Patten, C. A., Croghan, I. T., Stoner, S. M., et al. (2008). Development and feasibility of a parental support intervention for adolescent smokers. *Substance Use & Misuse*, 43(3-4), 497-511. DOI 10.1080/10826080701208426.
- Andersen, A., Bast, L. S., Ringgaard, L. W., Wohllebe, L., Jensen, P. D., Svendsen, M., et al. (2014). Design of a school-based randomized trial to reduce smoking among 13 to 15-year olds, the X:IT study. *BMC Public Health*, 14, 518. DOI 10.1186/1471-2458-14-518.
- Blanch, C., Fernandez, E., Martinez-Sanchez, J. M., Ariza, C., Lopez, M. J., Moncada, A., et al. (2013). Impact of a multi-level intervention to prevent secondhand smoke exposure in schoolchildren: a randomized cluster community trial. *Prev Med*, 57(5), 585-590. DOI 10.1016/j.ypmed.2013.07.018.
- Chilenski, S. M., Welsh, J. A., Perkins, D. F., Feinberg, M. E., & Greenberg, M. T. (2016). Universal Prevention Exposure as a Moderator of the Community Context: Findings from the PROSPER Project. *Am J Community Psychol*, 57(1-2), 8-19. DOI 10.1002/ajcp.12032.
- Drehmer, J. E., Ossip, D. J., Nabi-Burza, E., Rigotti, N. A., Hipple, B., Woo, H., et al. (2014). Thirdhand smoke beliefs of parents. *Pediatrics*, 133(4), e850-e856. DOI 10.1542/peds.2013-3392.

- Gillaspy, S. R., Leffingwell, T., Mignogna, M., Mignogna, J., Bright, B., & Fedele, D. (2013). Testing of a web-based program to facilitate parental smoking cessation readiness in primary care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 4(1), 2-7. DOI 10.1177/2150131912442898.
- Harris, J. E., Balsa, A. I., & Triunfo, P. (2015). Tobacco control campaign in Uruguay: Impact on smoking cessation during pregnancy and birth weight. *J Health Econ*, 42, 186-196. DOI 10.1016/j.jhealeco.2015.04.002.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2014). Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: A community-randomized trial. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 122-129. DOI 10.1001/jamapediatrics.2013.4009.
- Herbec, A., Beard, E., Brown, J., Gardner, B., Tombor, I., & West, R. (2014). The needs and preferences of pregnant smokers regarding tailored Internet-based smoking cessation interventions: a qualitative interview study. *BMC Public Health*, 14, 1070. DOI 10.1186/1471-2458-14-1070.
- Holub, C. K., Candelaria, J. I., & Laniado-Laborín, R. (2006). Prevention strategies for parents on adolescent smoking: A gap between what they know and what they practice. In D. Devore (Ed.), *New developments in parent-child relations* (pp. 147-162). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Hutchinson, S. G., Mesters, I., van Breukelen, G., Muris, J. W., Feron, F. J., Hammond, S. K., et al. (2013). A motivational interviewing intervention to PREvent PASSive Smoke Exposure (PREPASE) in children with a high risk of asthma: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 177. DOI 10.1186/1471-2458-13-177.
- Jackson, C., Hayes, K. A., & Dickinson, D. M. (2016). Engaging parents who quit smoking in antismoking socialization of children: A novel approach to relapse prevention. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 926-933. DOI 10.1093/ntr/ntv214.
- Joseph, A., Murphy, S., Thomas, J., Okuyemi, K. S., Hatsukami, D., Wang, Q., et al. (2014). A pilot study of concurrent lead and cotinine screening for childhood tobacco smoke exposure: Effect on parental smoking. *American Journal of Health Promotion*, 28(5), 316-320. DOI 10.4278/ajhp.120912-ARB-445.
- Lepore, S. J., Winickoff, J. P., Moughan, B., Bryant-Stephens, T. C., Taylor, D. R., Fleece, D., et al. (2013). Kids Safe and Smokefree (KiSS): a randomized controlled trial of a multilevel intervention to reduce secondhand tobacco smoke exposure in children. *BMC Public Health*, 13, 792. DOI 10.1186/1471-2458-13-792.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Kleinjan, M., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., et al. (2010). Effectiveness of the universal prevention program 'Healthy School and Drugs': Study protocol of a randomized clustered trial. [journal article]. *BMC Public Health*, 10(1), 541. DOI 10.1186/1471-2458-10-541.
- Mercken, L., Candel, M., Willems, P., & de Vries, H. (2009). Social influence and selection effects in the context of smoking behavior: Changes during early and mid adolescence. *Health Psychol*, 28(1), 73-82. DOI 10.1037/a0012791.
- Mullany, B., Barlow, A., Neault, N., Billy, T., Jones, T., Tortice, I., et al. (2012). The Family Spirit Trial for American Indian teen mothers and their children: CBPR rationale, design, methods and baseline characteristics. [journal article]. *Prevention Science*, 13(5), 504-518. DOI 10.1007/s11121-012-0277-2.
- Orton, S., Coleman, T., Lewis, S., Cooper, S., & Jones, L. L. (2016). "I was a full time proper smoker": A qualitative exploration of smoking in the home after childbirth among women who relapse postpartum. *PLoS One*, 11(6), e0157525. DOI 10.1371/journal.pone.0157525.

- Patten, C. A., Hughes, C. A., Lopez, K. N., Thomas, J. L., Brockman, T. A., Smith, C. M., et al. (2012). Web-based intervention for adolescent nonsmokers to help parents stop smoking: A pilot feasibility study. *Addictive Behaviors*, 37(1), 85-91. DOI 10.1016/j.addbeh.2011.09.003.
- Pollak, K. I., Lyna, P., Bilheimer, A., Farrell, D., Gao, X., Swamy, G. K., et al. (2013). A pilot study testing SMS text delivered scheduled gradual reduction to pregnant smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1773-1776. DOI 10.1093/ntr/ntt045.
- Pollak, K. I., Lyna, P., Bilheimer, A. K., Gordon, K. C., Peterson, B. L., Gao, X., et al. (2015). Efficacy of a couple-based randomized controlled trial to help Latino fathers quit smoking during pregnancy and postpartum: the Parejas trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 24(2), 379-385. DOI 10.1158/1055-9965.epi-14-0841.
- Robinson, L. A., Clawson, A. H., Weinberg, J. A., Salgado-Garcia, F. I., & Ali, J. S. (2015). Physician intervention for improving tobacco control among parents who use tobacco. *Clinical Pediatrics*, 54(11), 1044-1050. DOI 10.1177/0009922814567304.
- Stanton, C. A., Highland, K. B., Tercyak, K. P., Luta, G., & Niaura, R. S. (2014). Authoritative parenting and cigarette smoking among multiethnic preadolescents: The mediating role of anti-tobacco parenting strategies. *J Pediatr Psychol*, 39(1), 109-119. DOI 10.1093/jpepsy/jst087.
- Stephenson, M. T., & Helme, D. W. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. *J Drug Educ*, 36(3), 247-270.
- Tappin, D., Bauld, L., Purves, D., Boyd, K., Sinclair, L., MacAskill, S., et al. (2015). Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: Randomised controlled trial. *BMJ*, 350, h134. DOI 10.1136/bmj.h134.
- Tyc, V. L., Huang, Q., Nicholson, J., Schultz, B., Hovell, M. F., Lensing, S., et al. (2013). Intervention to reduce secondhand smoke exposure among children with cancer: a controlled trial. *Psychooncology*, 22(5), 1104-1111. DOI 10.1002/pon.3117.
- Ussher, M., Lewis, S., Aveyard, P., Manyonda, I., West, R., Lewis, B., et al. (2015). Physical activity for smoking cessation in pregnancy: Randomised controlled trial. *BMJ*, 350, h2145. DOI 10.1136/bmj.h2145.
- Wen, X., Higgins, S. T., Xie, C., & Epstein, L. H. (2016). Improving public acceptability of using financial incentives for smoking cessation during pregnancy: A randomized controlled experiment. *Nicotine Tob Res*, 18(5), 913-918. DOI 10.1093/ntr/ntv204.
- Wilson, I., Semple, S., Mills, L. M., Ritchie, D., Shaw, A., O'Donnell, R., et al. (2013). REFRESH--reducing families' exposure to secondhand smoke in the home: a feasibility study. *Tob Control*, 22(5), e8. DOI 10.1136/tobaccocontrol-2011-050212.
- Winickoff, J. P., Nabi-Burza, E., Chang, Y., Finch, S., Regan, S., Wasserman, R., et al. (2013). Implementation of a parental tobacco control intervention in pediatric practice. *Pediatrics*, 132(1), 109-117. DOI 10.1542/peds.2012-3901.