



SUCHT | SCHWEIZ

Lausanne, Januar 2017
Forschungsbericht Nr. 85

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

Béat Windlin
Eva Schneider
Simon Marmet
Marina Delgrande Jordan

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

PRÄVENTION | HILFE | FORSCHUNG

Dank

Unser Dank gilt allen Bildungsfachpersonen, die an der Fokusgruppendiskussion bzw. Einzelinterviews teilgenommen haben, sowie dem Tabakpräventionsfonds (TPF) als Auftraggeber des Projektes. Wir bedanken uns auch sehr herzlich bei Frau Theresia Reiter für ihre hervorragende Arbeit bei der Literatursuche und -dokumentation sowie der Organisation der Fokusgruppen. Unser Dank gilt auch Frau Marie-Louise Ernst für die Erstellung der Gesprächsleitfäden, die Leitung der Fokusgruppendiskussion und deutschsprachiges Interview sowie ihre wertvolle Unterstützung bei der Berichtlegung. Bei Sandra Kuntsche bedanken wir uns für die Co-Leitung der Fokusgruppendiskussion sowie für ihre wertvolle Arbeit bei der Literatursuche. Frau Marion Forel danken wir für die Durchführung des französischsprachigen Interviews und die Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit den Bildungsfachpersonen in der Romandie. Bedanken möchten wir uns auch bei Frau Yvonne Eichenberger für ihre Unterstützung bei der Berichtlegung und Frau Edith Bacher für ihre Hilfe beim Layout und Referenzieren des Berichtes.

Impressum

| | |
|-----------------------|---|
| Auskunft: | Marina Delgrande Jordan, ++41 (0)21 321 29 96, mdelgrande@addictionsuisse.ch |
| Bearbeitung: | Béat Windlin, Eva Schneider, Simon Marmet, Marina Delgrande Jordan, Edith Bacher |
| 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. 85 |
| Grafik/Layout: | Sucht Schweiz |
| Copyright: | © Sucht Schweiz Lausanne 2017 |
| ISBN: | 978-2-88183-208-6 |
| Zitierhinweis: | Windlin, B., Schneider, E., Marmet, S., & Delgrande Jordan, M. (2017). <i>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</i> (Forschungsbericht Nr. 85). Lausanne: Sucht Schweiz. |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Abbildungsverzeichnis | 5 |
| Zusammenfassung..... | 6 |
| Einleitung | 6 |
| Kontext | 6 |
| Evidenz..... | 7 |
| Akteure | 9 |
| Partizipation..... | 9 |
| Empfehlungen | 9 |
| 1 Einführung..... | 10 |
| 1.1 Bedeutung des Settings Bildung für Kinder und Jugendliche | 10 |
| 1.2 Definition des Settings Bildung für den vorliegenden Bericht | 11 |
| 1.3 Ziele des Berichtes | 11 |
| 2 Methodik..... | 13 |
| 2.1 Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche zur internationalen Evidenz..... | 13 |
| 2.1.1 <i>Überblick über die verwendeten Datenbanken und Schlüsselbegriffe.....</i> | <i>13</i> |
| 2.1.2 <i>Methodisches Vorgehen bei der Studiauswahl</i> | <i>13</i> |
| 2.1.3 <i>Limitationen.....</i> | <i>14</i> |
| 2.1.4 <i>Ansatzpunkte für Tabakprävention in der Bildung – eine Klassifikation.....</i> | <i>15</i> |
| 2.2 Methodisches Vorgehen bei der Befragung von Bildungsfachpersonen..... | 17 |
| 2.2.1 <i>Auswahl der befragten Bildungsfachpersonen.....</i> | <i>17</i> |
| 2.2.2 <i>Durchführung der Fokusgruppendifkussion und der Einzelinterviews.....</i> | <i>18</i> |
| 3 Kontext | 19 |
| 3.1 Tabakkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz | 19 |
| 3.2 Kontext Schweiz: Rahmenbedingungen für die Tabakprävention im Setting Bildung..... | 20 |
| 3.2.1 <i>Das Bildungssystem Schweiz.....</i> | <i>20</i> |
| 3.2.2 <i>Strukturelle und Inhaltliche Entwicklungen</i> | <i>21</i> |
| 3.2.3 <i>Beobachtete und erwartete Entwicklung der Schulkind-, Lernenden- bzw. Studierendenzahlen</i> | <i>23</i> |
| 3.2.4 <i>Schulabbrüche / vorzeitige Schulabgänge</i> | <i>23</i> |
| 3.2.5 <i>Ausbildung der Lehrkräfte.....</i> | <i>24</i> |
| 3.2.6 <i>Beobachtete und erwartete Entwicklung des Bedarfs an neuen Lehrkräften.....</i> | <i>25</i> |



| | | |
|-------|---|----|
| 3.2.7 | <i>Verbreitung der Suchtprävention in der Schule und in Bildungsbetrieben</i> | 25 |
| 3.3 | Diskussion der Ergebnisse | 26 |
| 4 | Erfolgsversprechende Ansätze der Tabakprävention im Setting Bildung | 29 |
| 4.1 | Evidenzen für die Wirksamkeit von Tabakprävention im Setting Bildung | 29 |
| 4.2 | Evidenzen für die Wirksamkeit verschiedener Arten der Tabakprävention im Setting Bildung | 30 |
| 4.2.1 | <i>Unimodale vs. multimodale Tabakprävention im Setting Bildung</i> | 31 |
| 4.2.2 | <i>Monofokale vs. multifokale Tabakprävention im Setting Bildung</i> | 32 |
| 4.2.3 | <i>Präventionsansätze im Bereich Tabak im Setting Bildung</i> | 33 |
| 4.2.4 | <i>Vermittlung von Tabakprävention im Setting Bildung</i> | 35 |
| 4.2.5 | <i>Evidenzen zu selektiver und indizierter Tabakprävention im Setting Bildung</i> | 37 |
| 4.2.6 | <i>Altersspezifische Evidenzen zur Tabakprävention im Setting Bildung</i> | 37 |
| 4.2.7 | <i>Geschlechterspezifische Evidenzen zur Tabakprävention im Setting Bildung</i> | 38 |
| 4.2.8 | <i>Evidenzen zur Handlungsebene der Tabakprävention im Setting Bildung</i> | 38 |
| 4.3 | Innovative Ansätze und Methoden von Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung | 39 |
| 4.4 | Meinung der befragten Bildungsfachpersonen | 40 |
| 4.5 | Diskussion der Ergebnisse | 42 |
| 5 | Netzwerke und Akteure im Setting Bildung | 46 |
| 5.1 | Erwartungen und Vorbehalte der Akteure im Setting Bildung | 46 |
| 5.2 | Akteure für eine potenzielle Zusammenarbeit im Setting Bildung | 46 |
| 5.3 | Diskussion der Ergebnisse | 48 |
| 6 | Partizipation von Multiplikatoren und Zielgruppe in Tabakpräventionsbemühungen | 50 |
| 6.1 | Einbezug der Multiplikatoren | 50 |
| 6.2 | Einbezug der Zielgruppe | 50 |
| 6.3 | Erfolgsfaktoren einer gelingenden Partizipation | 51 |
| 6.4 | Diskussion der Ergebnisse | 52 |
| 7 | Empfehlungen | 53 |
| 8 | Referenzen | 57 |
| 9 | Anhänge | 62 |

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Schematische Darstellung universeller Präventionsbemühungen nach Milieu-
Einbettung, Fokussierung und theoretischer Einbettung 17

Zusammenfassung

Einleitung

Das Ziel dieses Forschungsberichts ist es, die Rahmenbedingungen sowie mögliche Partner und Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Setting Bildung zu beschreiben. Dies basierend auf einer Literaturrecherche und -analyse zur internationalen wissenschaftlichen Evidenz der letzten 10 Jahre (2006-2016) und unter Einbezug von ausgewählten Bildungsfachpersonen in einer Fokusgruppendifkussion und in mehreren Einzelinterviews. Konkret soll der vorliegende Bericht Antwortelemente zu den vom Tabakpräventionsfonds formulierten Fragestellungen liefern, gegliedert nach den folgenden generellen Themen: **Kontext** (Beschreibung des Schweizer Bildungssystems, basierend auf der beschreibenden Literatur und empirischen Daten aus Befragungen); **Evidenz** (Erfolgsfaktoren der Tabakprävention im Setting Bildung, basierend auf den Ergebnissen der Literaturanalyse ergänzt durch die Meinungen und Ansichten der neun befragten Bildungsfachpersonen); **Akteure** (Erwartungen, Vorbehalte und Bereitschaft zur Zusammenarbeit der Akteure des Settings, basierend auf den Ergebnissen der Befragung von Bildungsfachpersonen) und **Partizipation** (Einbezug der Multiplikatoren und Zielgruppe bei der Entwicklung und Durchführung von Präventionsbemühungen im Setting Bildung, basierend auf den Ergebnissen der Befragung von Bildungsfachpersonen).

Unter dem Setting Bildung wird im vorliegenden Bericht der schulische Kontext verstanden, in dem Präventionsbemühungen durchgeführt werden können. Dabei handelt es sich einerseits um strukturelle Massnahmen im Umfeld der Schule und andererseits auch um pädagogische Präventionsinterventionen im Rahmen des Unterrichts. Zum Setting Bildung gehört auch die Bildungspolitik des Bundes, der Kantone und der Gemeinden. Die einbezogenen Bildungseinrichtungen reichen dabei vom Kindergarten über die (post-)obligatorische Schule bis zur Berufslehre oder Hochschule. Entsprechend liegt das Alter der potentiellen Zielgruppe in etwa zwischen 4 und 25 Jahren.

Kontext

Die **Hauptaufgabe** der Bildungseinrichtungen ist es, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowohl kognitive Fähigkeiten (z.B. Lese-, Schreib- oder Rechenfähigkeiten) als auch soziale Kompetenzen zu vermitteln, um sie auf ihre berufliche Zukunft vorzubereiten. So begleiten sie die Kinder und Jugendlichen in ihrer Identitätsfindung und auf ihrem Weg zur Eigenständigkeit. Der öffentlichen obligatorischen Schule kommt ausserdem eine wichtige Integrationsfunktion zu, denn Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichem sozialen und/oder kulturellen Hintergrund besuchen sie.

In der Schweiz erfolgt der **Schuleintritt** in der Regel im Alter von 4 Jahren (Kindergarten) und die obligatorische Schulzeit erstreckt sich über 11 Jahre (Kindergarten inbegriffen), also bis zum Alter von 15 bis 16 Jahren. Am Ende der obligatorischen Schule entscheiden sich die Jugendlichen entweder für den Übertritt in eine duale Berufslehre oder in eine rein schulische Bildungseinrichtung (gymnasiale Maturitäts- oder Fachmittelschulen). Nach Abschluss der Sekundarstufe II können sie ihren Bildungsweg in einer tertiären Bildungseinrichtung (höhere Fachschulen, Fachhochschulen und pädagogische sowie universitäre Hochschulen) fortsetzen.

Das Schweizer Bildungssystem ist vielfältig in seinen Strukturen und Inhalten und liegt im Verantwortungsbereich der Kantone, sofern die Bundesverfassung nicht den Bund für zuständig erklärt. Die Kantone entscheiden auch über die Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb des Bildungssystems, wobei die Ansprechpartner je nach Schulstufe unterschiedlich sind. Hinzu kommen interkantonale Unterschiede was die Ausbildung der Lehrpersonen angeht.

Das Schweizer Bildungssystem birgt aufgrund seiner spezifischen Merkmale bestimmte Vorteile und Potenziale für die (Tabak-) Prävention im Setting Bildung. Die überwiegende Mehrheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von etwa 4 bis 18 Jahren kann durch das Setting Bildung erreicht werden. Die Harmonisierung der Lehrpläne der obligatorischen Schule dürfte es in Zukunft erlauben, Präventionsprogramme zu entwickeln, die in mehreren Kantonen umgesetzt werden können, mit entsprechenden Anpassungen an regionale Besonderheiten. Der Erwerb sogenannter "überfachlicher Kompetenzen" steht im Zentrum dieser sprachregionalen Lehrpläne. Hierzu passt der (Sozial-)Kompetenzansatz, der bei der Tabakprävention für Kinder und Jugendliche im Vergleich zu anderen Ansätzen die besten Chancen hat, effektiv zu sein (siehe unten Evidenz). Die föderalistische Struktur des Schweizer Bildungssystems kann als "Erfahrungslabor" für die Prävention genutzt werden, indem Präventionsbemühungen, die in einem bestimmten Kanton umgesetzt werden, als eine Art Pilotprojekt angesehen werden können.

Das Schweizer Bildungssystem birgt jedoch auch Hindernisse und Risiken für die (Tabak-) Prävention: Die föderalistische Struktur des Schweizer Bildungssystems stellt für die Tabakprävention eine Herausforderung dar, und dies trotz der fortgeschrittenen Harmonisierung der obligatorischen Schule (HarmoS-Konkordat). Insbesondere bei Programmen, die sich über mehrere Schulstufen erstrecken, ergeben sich organisatorische Herausforderungen, da die Zuständigkeiten für jede Schulstufe verschieden sind. Die Priorität der Bildungseinrichtungen scheint eher auf Präventionsmassnahmen zu liegen, welche auf Probleme abzielen, die einen direkten Einfluss auf das Schulklima, den Unterricht und die Schulleistungen haben, was dazu führen kann, dass Massnahmen zur Tabakprävention als weniger dringend wahrgenommen werden. Gleichzeitig werden die Reformen und Neuerungen im Schulsystem von einigen Lehrkräften, die oft und bevorzugt als Multiplikatoren angefragt werden, möglicherweise als Belastung wahrgenommen, was die Offenheit für zusätzliche Inhalte reduzieren könnte.

Evidenz

Stichhaltige Argumente für die Tabakprävention im Setting Bildung ergeben sich eher aus theoretischen Überlegungen: Die Bildungseinrichtungen haben im Vergleich zu allen anderen möglichen Zugängen den Vorteil, dass sie potentiell fast alle Kinder und Jugendlichen sowie einen Grossteil der jungen Erwachsenen erreichen können. Für diese Zielgruppe sind Lehrpersonen wichtige Referenzpersonen und können direkt als Multiplikatoren eingesetzt werden. Darüber hinaus lassen sich über die Bildungseinrichtungen andere Referenzpersonen erreichen, etwa Leiterinnen und Leiter von Freizeitaktivitäten, welche die schulische Infrastruktur mitnutzen, insbesondere aber auch die Eltern. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt zwar, dass gewisse Ansätze im Setting Bildung präventive Effekte erzielen, daraus lässt sich aber nicht ableiten, dass das Setting Bildung besser für die Tabakprävention geeignet ist als andere Settings.

Bemühungen der Verhaltensprävention basierend auf dem Sozialkompetenzansatz – allenfalls in Kombination mit dem Ansatz der sozialen Einflussnahme – scheinen im Setting Bildung nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung **nachweisbare präventive Effekte erzielen** zu können. Wichtig ist auch, dass die Schülerinnen und Schüler aktiv und interaktiv miteinbezogen werden und die Programme an den Entwicklungsstand der Schülerinnen und Schüler angepasst sind. Intervention, die auf reiner Informationsvermittlung basieren, erzielen hingegen keine signifikanten Effekte auf das Rauchverhalten. Dies wird so auch von den befragten Bildungsfachpersonen wahrgenommen. Darüber hinaus betonen diese, dass Präventionsbemühungen auf jeden Fall in der Lebenswelt der Jugendlichen verankert sein und an ihren Alltag anknüpfen müssten.

Zur Wirkung von **verhältnispräventiven Massnahmen**, wie etwa der Einführung von Rauchverboten auf dem Schulareal, gibt es nur wenige empirische Untersuchungen; über deren Effektivität zur Verminderung des Tabakkonsums insgesamt, auch ausserhalb des Schulgeländes, lassen sich daher keine empirisch fundierten Aussagen machen. Aus Sicht der befragten Bildungsfachpersonen haben die meisten

Schulen in der Schweiz ihren verhältnispräventiven Spielraum im Tabakbereich durch Erlass und Umsetzung umfassender Rauchverbote auch bereits ausgeschöpft.

Schulbasierte Tabakprävention, die auch andere Settings miteinbezieht, kann nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung zu einem verringerten Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen führen – wenn auch nicht unbedingt zur Verhinderung des Raucheinstiegs. In der Praxis handelt es sich bei solchen Präventionsbemühungen meist nicht um tabakspezifische Angebote, sondern um Massnahmen, die auch auf die Prävention anderer Risikoverhaltensweisen zielen.

Aus der empirischen Forschung lässt sich kein eindeutiger Vorteil von **problemübergreifenden Ansätzen im Vergleich zu tabakspezifischen Ansätzen** bezüglich des Tabakkonsums herleiten. Unter den thematisch breiter angelegten Präventionsbemühungen scheinen jedoch jene erfolgsversprechend, die auf dem Sozialkompetenzansatz beruhen. Die befragten Bildungsfachpersonen sind sich darüber einig, dass Präventionsbemühungen zum Substanzgebrauch unbedingt gebündelt werden sollten, insbesondere auch um von den Lehrpersonen akzeptiert zu werden.

Interventionen in der Tabakprävention, die durch **Erwachsene (z.B. Lehrpersonen) vermittelt werden**, scheinen gemäss den wenigen vergleichenden Studien tendenziell effektiver zu sein als die Vermittlung durch Peers (andere Jugendliche oder junge Erwachsene). Laut aktuellem, noch wenig aussagekräftigem Forschungsstand zum Einsatz neuer Technologien in der Tabakprävention können solche Interventionen mindestens die gleichen Effekte vorweisen wie klassische Vermittlungsmethoden und die Bildungsfachpersonen sehen darin insbesondere eine gute Möglichkeit, das Interesse der Jugendlichen am Material zu steigern. Die empirische Evidenz zur Wirksamkeit von **Klassenwettbewerben** deutet darauf hin, dass Klassenwettbewerbe zwar den Raucheinstieg von Kindern und Jugendlichen längerfristig kaum verhindern können, auf Klassenebene aber dennoch dazu führen können, dass Schülerinnen und Schüler weniger rauchen.

Bezüglich der **Länge und Intensität** von Tabakpräventionsbemühungen gibt es aus der empirischen Forschung keine eindeutigen Belege für den Zusammenhang zwischen der Länge von Einzelinterventionen oder deren Auffrischung nach einer gewissen Zeit und dem effektiven Erfolg der Interventionen bezüglich eines verhinderten Raucheinstiegs. Die befragten Bildungsfachpersonen erachten auf eine längere Dauer ausgelegte Präventionsprogramme als sinnvoll.

Es gibt nur wenige qualitativ genügende empirische Übersichtsarbeiten zu **selektiven** und keine zu **indizierten Präventionsbemühungen** im Setting Bildung. Die Vermutung liegt nahe, dass entsprechende Interventionen auch kaum durchgeführt werden. Die befragten Bildungsfachpersonen, vor allem Lehrpersonen sowie Schulleiterinnen und -leiter äusserten sich mehrheitlich skeptisch zu selektiven oder gar indizierten Präventionsbemühungen in der Schule, dafür ist ihrer Meinung nach eher medizinisches Fachpersonal zuständig.

Die vorhandene Evidenz deutet darauf hin, dass **frühe Präventionsbemühungen** im Setting Bildung späteres Risikoverhalten in der Zielgruppe verringern können. Es gibt aber keine qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten über die Wirkung der Interventionen in Abhängigkeit vom Alter der Zielgruppe. Seitens der befragten Bildungsfachpersonen ist eine schulstufengerechte Umsetzung von Präventionsintervention aber unabdingbar. Zur **genderspezifischen Wirksamkeit** schulbasierter Präventionsbemühungen gibt es praktisch keine gesicherten empirischen Erkenntnisse – geschlechtsspezifische Interventionen werden wohl auch selten durchgeführt. Nach Meinung der befragten Bildungsfachpersonen wären diese jedoch zu begrüssen, etwa indem Interventionsinhalte an das Geschlecht angepasst werden und in nach Geschlecht getrennten Gruppen bearbeitet werden.

Akteure

Gemäss der befragten Bildungsfachpersonen wird der Tabakkonsum der Schülerinnen und Schüler, Lernenden oder Studierenden **in der Wahrnehmung von Lehrpersonen, Schulleiterinnen und -leitern sowie Schulbehörden** kaum als drängendes Problem empfunden und tritt gegenüber anderen problematischen Verhaltensweisen, die den Schulbetrieb direkt beeinflussen, oft in den Hintergrund. Schulleiterinnen und -leiter und Lehrkräfte scheinen bezüglich der schulbasierten Tabakprävention eher skeptisch zu sein und sehen die Verantwortung eher bei der Familie. Hingegen sind sich die Schulbehörden ihrer Verantwortung für die Gesundheitsförderung aufgrund ihres privilegierten Zugangs zu den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bewusst.

Bildungsfachpersonen verweisen auf die **Vielzahl bestehender Netzwerke und Organisationen**, die bereits bestehen und von denen einige auch im Gesundheitsförderungsbereich tätig sind. Sie betonen die Wichtigkeit, dass für etwaige Präventionsbemühungen mit diesen zusammengearbeitet werden sollte, und dass keinesfalls neue Parallelstrukturen geschaffen werden sollten. Bildungsfachpersonen sprechen sich für eine **Zusammenarbeit mit Eltern und Akteuren im Freizeitbereich** bei der Tabakprävention aus. Im Bereich der Berufsschulen scheint eine Zusammenarbeit mit den Berufsbildnerinnen und Berufsbildner in den Lehrbetrieben angezeigt. Eine (verstärkte) Zusammenarbeit mit Institutionen der **Lehrpersonenausbildung und -weiterbildung** könnte sich anbieten, um die Grundlagen für die Vermittlung von Präventionsbemühungen zu schaffen.

Partizipation

Bildungsfachpersonen betonen die Wichtigkeit der **Partizipation von Multiplikatoren sowohl in der Konzeption als auch in der Umsetzung** von Präventionsbemühungen. Durch die Partizipation soll sichergestellt werden, dass Präventionsbemühungen an den spezifischen, lokalen Kontext angepasst – oder anpassbar – sind. Gemäss der wissenschaftlichen Literatur ist bei der Ausbildung der Multiplikatoren auch der persönliche Kontakt mit diesen wichtig und einer Ausbildung mit ausschliesslich schriftlichem Material vorzuziehen.

Bildungsfachpersonen sprechen sich auch einhellig **für einen aktiven Einbezug der Zielgruppe bei der Umsetzung** von Tabakpräventionsbemühungen aus. Dies könnte etwa durch interaktive Vermittlungsmethoden (Gruppenarbeiten, Recherche-Aufgaben, etc.) und/oder durch den Einsatz neuer Vermittlungsmedien (z.B. Internet, Smartphone-Apps, soziale Medien) angestrebt werden. Über den **Einbezug der Zielgruppe bei der Konzeption** der Interventionen sind sich die Bildungsfachpersonen uneinig. Auf jeden Fall müssten die Meinungen der Zielgruppe ernst genommen werden, auch wenn sie den eigenen Vorstellungen widerspricht – "Alibiübungen" sind zu vermeiden.

In Bezug auf die partizipative Einbindung von Multiplikatoren sehen die befragten Bildungsfachpersonen die Zurverfügungstellung genügender Ressourcen (vor allem Zeit) als Grundvoraussetzung an. Ausserdem ist ein klares Bekenntnis für die Tabakprävention seitens der Schulbehörden und Politik wichtig. Für die Zusammenarbeit mit den Akteuren und Multiplikatoren sollten wenn immer möglich bestehende Netzwerke genutzt werden – die Kreation neuer Strukturen ist zu vermeiden.

Empfehlungen

Im letzten Kapitel dieses Forschungsberichtes wird eine Reihe von Empfehlungen formuliert im Sinne eines Hilfsmittels für die Erarbeitung des Programms «Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen». Die Empfehlungen basieren auf der Triangulation der Befunde zu den Themen "Kontext", "Evidenz", "Akteure" bzw. "Partizipation". Diese betreffen die Konzeption und Entwicklung von Präventionsmassnahmen und -programmen, deren Inhalt und Umsetzung sowie Einbettung im Setting Bildung.

1 Einführung

1.1 Bedeutung des Settings Bildung für Kinder und Jugendliche

Das Hauptziel der Bildungseinrichtungen bildet die Vermittlung sowohl kognitiver Fähigkeiten (z.B. Lese-, Schreib- oder Rechenfähigkeiten) als auch sozialer Kompetenzen¹ an Kinder und Jugendliche, um diese auf ihre berufliche Zukunft vorzubereiten.

Der Eintritt in die Primarschule eröffnet den Schulkindern eine erweiterte soziale Umwelt, mit fixem Stundenplan und eigenen Strukturen, Regeln und Normen zum angemessenen Verhalten im Schulzimmer und auf dem Pausenplatz (Masten & Coatsworth, 1998). In dieser sozialen Umwelt werden die Kontakte zu anderen Kindern im Allgemeinen zahlreicher und vielfältiger als vor dem Schuleintritt und Lehrerinnen und Lehrer kommen als neue Referenzpersonen hinzu (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Die Schule unterstützt so die Eltern in Erziehung und Bildung, die Familie bleibt jedoch für das Kind ein äusserst wichtiges Entwicklungs- und Lernumfeld (Stassen Berger, 2012).

Später erfolgt mit dem Übertritt in die Sekundarstufe ein weiterer Übergang, an dessen Anschluss höhere schulische Anforderungen und erste Wahlmöglichkeiten stehen, die für den beruflichen Werdegang bereits entscheidend sein können. Am Ende der obligatorischen Schule müssen sich die Schülerinnen und Schüler entweder für eine duale Berufslehre oder eine rein schulische Bildungseinrichtung entscheiden.

Während des Schuljahres verbringen Kinder und Jugendliche einen beträchtlichen Teil ihrer Zeit in der Bildungseinrichtung oder mit ihr in Verbindung stehenden Aktivitäten wie Hausaufgaben, Prüfungsvorbereitungen oder schulischen Freizeitaktivitäten. Bei letzterem handelt es sich um freiwillige sportliche, soziale, kulturelle oder musische Aktivitäten, die zwar im schulischen Rahmen organisiert werden, die formell aber nicht zum eigentlichen Unterricht gehören.

Bildungseinrichtungen stellen sowohl eine physische (schulische Infrastruktur) als auch eine soziale (soziale Beziehungen und Regeln des Zusammenlebens, Teilhabe in einer Gruppe, etc.) Umwelt dar, in der sich die Kinder und Jugendlichen entwickeln und Erfolge und Niederlagen erleben. Die Schule begleitet die Kinder und Jugendlichen so in ihrer Identitätsfindung und auf ihrem Weg zur Eigenständigkeit. Zudem hat insbesondere die öffentliche obligatorische Schule eine wichtige Integrationsfunktion: Kinder und Jugendliche mit sozial, sprachlich und/oder kulturell unterschiedlichem Hintergrund besuchen die gleiche Schule². Damit kann die Basis für Chancengerechtigkeit gelegt werden (Mütsch, Schmid, Wettstein, & Weil, 2014).

Schliesslich können Bildungseinrichtungen auch das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen fördern, falls dazu nötige Voraussetzungen gegeben sind (Paulus, 2013). Ausserdem bietet sie den häufigsten Rahmen für die Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen sowie Suchtpräventionsmassnahmen und -programmen, darunter präventive Massnahmen gegen das Rauchen in der Jugend (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2010). Neben dem Tabakkonsum und dem Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen gibt es ein breites Spektrum weiterer Verhaltensweisen, die die Gesundheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beeinträchtigen oder gefährden können. Dazu zählen gegen sich selbst oder andere gerichtete Gewalt, vorzeitiger oder ungeschützter Sex, mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Risikoverhalten im Strassenverkehr, ungenügender Sonnenschutz und ungenügende Schlafdauer, sowie der unangemessene Gebrauch

¹ Für eine Definition siehe z.B. Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF) (2014), Seite 282.

² <http://www.edk.ch/dyn/14798.php>

elektronischer und sozialer Medien und des Internets. Dazu kommen auch Fragen rund um den vorzeitigen Schulabbruch oder um die psychische Gesundheit.

1.2 Definition des Settings Bildung für den vorliegenden Bericht

Unter dem Setting Bildung wird im vorliegenden Bericht der schulische Kontext verstanden, in dem Präventionsbemühungen durchgeführt werden können, seien dies Massnahmen, welche die Schule als physischer Raum oder Areal oder der als Regelsystem betreffen (strukturelle Massnahmen), seien dies Präventionsinterventionen pädagogischer Natur im Rahmen des Unterrichts. Letztere zielen meist auf die Stärkung präventiver Schutzfaktoren bei den Schulkindern, Lernenden oder Studierenden.

Das so definierte Setting Bildung umfasst familienergänzende Betreuungseinrichtungen für Kinder im Vorschulalter, Primarschulen inklusive Kindergärten, Schulen der Sekundarstufen I und II, sowie tertiäre Bildungseinrichtungen, in denen der Unterricht meist in Klassen oder Gruppen und in dafür vorgesehenen Einrichtungen durchgeführt wird. Des Weiteren umfasst das Setting die Rekrutenschule sowie schulische Freizeitaktivitäten (siehe Kapitel 1.1). Letztere sind nicht mit ausserschulischen Aktivitäten zu verwechseln, die zwar ebenfalls innerhalb von Bildungseinrichtungen durchgeführt werden können, von denselben organisatorisch aber unabhängig sind; sie gehören zum Setting Freizeit.

Zum Setting Bildung gehört ausserdem – in einem erweiterten Sinne – die Bildungspolitik, das heisst die bildungspolitischen Ziele des Bundes, der Kantone und der Gemeinden im und für den Bildungsraum Schweiz (siehe z.B. Eidgenössisches Departement für Wirtschaft & Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK), 2015).

Das Alter der potentiellen Zielgruppe der im Setting Bildung durchgeführten Präventionsmassnahmen betrifft, erstreckt sich ungefähr von 4 bis 25 Jahren. Tendenziell verlängert sich die Ausbildungszeit in entwickelten Ländern, was zu einem verzögerten Eintritt junger Erwachsener in die Arbeitswelt innerhalb der dritten Lebensdekade führt (Sawyer et al., 2012). Das Ende der Adoleszenz wird allgemein als Vollendung der emotionalen, sozialen und materiellen Unabhängigkeit gegenüber den Eltern definiert und verzögert sich somit gemäss Fachleuten tendenziell ebenfalls immer weiter in die dritte Lebensdekade hinein bzw. wird weniger klar abgrenzbar (siehe z.B. Hurrelmann & Quenzel, 2013). Zu Gunsten der Lesbarkeit verwenden wir im vorliegenden Bericht für die angesprochenen 4- bis 25-Jährigen je nach Situation die Begriffe 'Kinder', 'Jugendliche' oder 'junge Erwachsene'. Diese Begrifflichkeit unterliegt keiner klaren Abgrenzung nach Altersgruppen.

1.3 Ziele des Berichtes

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

Der Tabakpräventionsfonds (TPF) beabsichtigt, seine Mittelvergabe im Bereich der Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen grundlegend neu zu gestalten. Zu diesem Zweck sollen für diese Altersgruppe wissenschaftliche Grundlagen zu ihren Lebenswelten (siehe Heeg, Steiner, Nieuwenboom, & Schmid, 2017) sowie zur Tabakprävention in den Settings 'Familie' (siehe Marmet, Ernst, & Kuntsche, 2017), 'Freizeit' (siehe Archimi, Schneider, Homberg, Stauffer Babel, & Kuendig, 2017) und – im hier vorliegenden Bericht – 'Bildung' erarbeitet werden.

Das Ziel des Berichts ist es, die Rahmenbedingungen, mögliche Partner und Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention für Kinder und Jugendliche im Setting Bildung zu beschreiben. Dies basierend hauptsächlich auf einer Literaturrecherche zur internationalen wissenschaftlichen Evidenz, ergänzt durch eine Fokusgruppendifkussion und einzelne Interviews mit ausgewählten Bildungsfachpersonen in der Schweiz. Konkret soll der vorliegende Bericht Antwortelemente zu den vom TPF formulierten Fragestellungen liefern, gegliedert zu den generellen Themen "Kontext", "Evidenz", "Akteure", "Partizipation" und "Empfehlungen". Dementsprechend ist der vorliegende Bericht in folgende Teile eingeteilt:

- Informationen zur Methodik (Kapitel 2) der Literatursuche und -analyse zur internationalen Evidenz bzw. der Befragung ausgewählter Bildungsfachpersonen (Fokusgruppe und ergänzende Einzelinterviews).
- Der erste Ergebnisteil des Berichts (Kapitel 3) befasst sich mit Fragen zum Thema „Kontext“. Er fokussiert vor allem auf Erkenntnisse und empirische Daten (d.h. beschreibende Literatur) zum Schweizer Bildungssystem sowie deren Entwicklung (siehe Definition des Settings in Kapitel 1.2).
- Der zweite Ergebnisteil (Kapitel 4) widmet sich Fragen zum Thema "Evidenz", mit Schwerpunkt auf die Erfolgsfaktoren der Tabakprävention im Setting Bildung. Er stützt sich vor allem auf die Ergebnisse der systematischen Literatursuche und die darauf beruhende, nicht systematische Literaturanalyse, und wird mit den entsprechenden Meinungen und Ansichten der befragten Bildungsfachpersonen ergänzt (Fokusgruppe und ergänzende Einzelinterviews).
- Der dritte und der vierte Ergebnisteil (Kapitel 5 und 6) befassen sich mit Fragen zu den Themen "Akteure" bzw. "Partizipation" und basieren auf den Ergebnissen der Befragung von Bildungsfachpersonen (Fokusgruppe und ergänzende Einzelinterviews).
- Der letzte Teil des Berichts (Kapitel 7) formuliert Empfehlungen basierend auf den in den Kapiteln 3 bis 6 diskutierten Ergebnissen im Sinne eines Hilfsmittels für die Erarbeitung des Programms «Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen». Die Empfehlungen basieren auf der Triangulation der vorgestellten Befunde zu den Themen "Kontext", "Evidenz", "Akteure" bzw. "Partizipation".

2 Methodik

2.1 Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche zur internationalen Evidenz

2.1.1 Überblick über die verwendeten Datenbanken und Schlüsselbegriffe

Die Literaturrecherche wurde 2016 in der Kalenderwoche 33 in den psychologischen und medizinischen Datenbanken Ovid (ERIC, MEDLINE, PsycIN-FO), PubMed und WebofScience durchgeführt. Die Schlüsselbegriffe für die Literaturrecherche wurden gemäss des Settings (Bildung), der Substanz / des Verhaltens (Tabak/Rauchen), der durchgeführten Massnahmen (Intervention/Prävention) und der Zielgruppe (Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene) wie folgt definiert:

kindergarten or school or training or vocational training or extra curriculum or high school or college or university or teach or education 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 Art der Literatursuche wurde dabei auf die jeweilige Suchmaske adaptiert. Die medizinische Literaturdatenbank PubMed weist eine differenzierte Indexierung eines Grossteils der Publikationen mit sogenannten Medical Subject Headings (MeSH) auf. Um auch neuere, noch nicht indexierte Studien in der Recherche zu erfassen, wurden sowohl die mit MeSH-Terms indexierten, als auch die noch nicht indexierten Veröffentlichungen in separaten Suchdurchläufen berücksichtigt. Innerhalb der MeSH-Termsuche wurde zudem je ein Durchlauf mit den aktivierten Filtern „Clinical Trial“ und „Reviews“ durchgeführt.

2.1.2 Methodisches Vorgehen bei der Studiauswahl

Die Literaturrecherche beschränkte sich auf Publikationen der letzten 10 Jahre (2006-2016). Folgende Einschlusskriterien wurden standardgemäss (siehe z.B. Akobeng, 2008; Chandler, Churchill, Higgins, Lasserson, & Tovey, 2013; Webster-Stratton & Taylor, 2001) festgelegt:

- Relevanz für das Setting Bildung
- Zielpopulation: Altersgruppe der ca. 4- bis 25-Jährigen (wann immer möglich)
- Studientyp: (systematische) Reviews oder Metaanalysen, Einzelstudien
- Evaluationstyp: Ergebnisse zur Wirksamkeit der Interventionsbemühung(-en)
- Zielverhalten: Ergebnisse zur Verhinderung/Verzögerung des Raucheinstiegs, Verringerung des Tabakkonsums, Rauchstopp (vorher/nachher-Messungen)
- Methodologische Qualität der Einzelstudien: Kontrollgruppendesign (RTC und CRTC wurden favorisiert)³, Nachuntersuchung(-en) mindestens ein Monat nach Intervention, genügende Rückhaltquote (*attrition rate*) bei der Nachuntersuchung (z.B. Rückhaltquote > 65% bei einer Nachuntersuchung ein Monat nach der Intervention)

Um den Einbezug neuester Entwicklungen gewährleisten zu können wurden auch Protokolle innovativer (aus der Sicht der Autorenschaft der Studien) Ansätze oder Vermittlungsmethoden berücksichtigt. Studienprotokolle beschreiben meist ausführlich den Ablauf einer geplanten Studie, liefern aber noch keine Resultate zur Wirksamkeit der Intervention oder Massnahme. Für solche Studienprotokolle wurden deshalb lediglich die inhaltlichen, nicht aber die methodologischen Einschlusskriterien angewandt.

³ RTC = randomized controlled trial; CRTC = cluster randomized controlled trial

Basierend auf der oben ausgeführten Literaturrecherche konnten nach Ausschluss von Duplikaten mithilfe des Literaturverwaltungsprogramms Endnote 1001 Publikationen identifiziert werden. Als nächster Auswahlsschritt wurden die Titel und Zusammenfassungen (Abstracts) der Artikel auf ihre Verwendbarkeit bezüglich der inhaltlichen Einschlusskriterien quergelesen und in die Kategorien "Reviews und Metaanalysen", "Einzelstudien" sowie "innovative Studien(protokolle)" unterteilt. Die Zusammenfassungen aller verbliebenen 477 Publikationen wurden dann sorgfältig durchgelesen und (mit Ausnahme der innovativen Studien(protokolle)) auch auf Entsprechung mit den methodologischen Einschlusskriterien hin überprüft. Ausserdem wurden Reviews und Metaanalysen ausgeschlossen, die vor 2013 erschienen und bereits in der ausführlichen Expertise zur Tabakprävention von Bühler und Thrul (2013) berücksichtigt worden waren (siehe Kapitel 4.2). Auch für die Einzelstudien (nicht aber für die innovativen Studien(protokolle)) entschied man sich zu einer Konzentration auf die nach 2012 erschienenen Publikationen. Nach diesem dritten Schritt verblieben 64 Publikationen in der Auswahl, die sodann in ihrer vollen Länge gelesen wurden. Dabei wurden sie abermals auf Relevanz für die Fragestellung sowie Erfüllung der Einschlusskriterien geprüft. Somit wurden letztendlich 45 Publikationen für den vorliegenden Bericht berücksichtigt, davon 15 in der Kategorie "Reviews oder Metaanalysen, 23 "Einzelstudien" und 7 "innovative Studien(protokolle)".

2.1.3 Limitationen

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich die durchgeführte Literaturrecherche auf evidenzbasierte Präventionsbemühungen konzentrierte. Präventionsansätze, die nicht evaluiert – oder nicht zumindest in Form eines "innovativen Studien(protokoll)s" publiziert – worden sind, konnten dabei nicht berücksichtigt werden. Gleichwohl sollte nicht vergessen werden, dass mangelnde Validierung theoriebasierter Präventionsformen nicht mit deren Ineffektivität gleichzusetzen ist: Es ist davon auszugehen, dass gewisse Präventionsansätze schwieriger evaluierbar – und somit potentiell validierbar – sind als andere. Das Nichtvorhandensein von Evaluationsstudien sollte deshalb nicht unbedingt als Indiz für die Unwirksamkeit der betreffenden Intervention interpretiert werden (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

Der gegenwärtige Wissenstand der Präventionsforschung ist bei weitem nicht vollständig. Eine Vielzahl von Programmen und Ansätzen wurde nie wissenschaftlich evaluiert und ihre Wirksamkeit kann somit weder nachgewiesen noch abgesprochen werden. Daneben gibt es zahlreiche Evaluationen, die zwar durchgeführt wurden, methodisch aber mangelhaft sind. Beispielsweise weisen viele Evaluationen nur sehr kleine Stichproben auf, die Zeiträume für die Nachuntersuchung sind oft zu kurz um wirkliche Verhaltensänderungen erfassen zu können und die gegenseitige Beeinflussung zwischen Kontroll- und Interventionsgruppen kann bei vielen Evaluationsstudien nicht ausgeschlossen werden. Viele dieser Mängel sind wahrscheinlich auf finanzielle Beschränkungen zurückzuführen: Präventionsbemühungen sind eine aufwändige und kostspielige Angelegenheit – ihre rigorose Evaluation ist methodologisch anspruchsvoll und fällt finanziell ins Gewicht.

Wie für die weitaus meisten Interventionen im sozialwissenschaftlichen Bereich sind selbst bei gut geplanten und umgesetzten Programmen im Setting Bildung eher kleine bis mittlere Effekte zu erwarten, deren Nachweis mit Studien, die auf einem Vergleich mit Kontrollgruppen basieren, über einen so langen Zeitraum aufgrund der doch sehr komplexen Entwicklungen und der Vielzahl an Einflussfaktoren im Jugendalter nur schwer nachweisbar ist. Dies gilt insbesondere für Programme, die unspezifisch sind, früh ansetzen und auf eine Wirkung Jahre später abzielen. 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.

2.1.4 Ansatzpunkte für Tabakprävention in der Bildung – eine Klassifikation

Tabakpräventionsbemühungen – im Allgemeinen wie im Setting Bildung – sind mannigfaltig in ihrer Milieu-Einbettung, theoretischen Fundierung, methodologischen Umsetzung, thematischen Ausdehnung, und Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen. Zur Strukturierung der Aufarbeitung der Evidenzen aus der Fachliteratur zur Tabakprävention im Setting Bildung wird im vorliegenden Bericht die folgende Typologisierung verwendet:

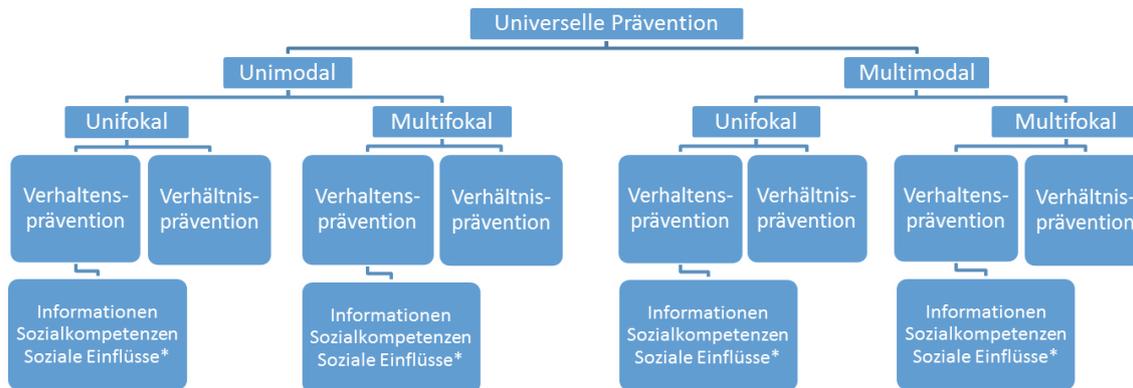
- **Zielgruppenausrichtung – universelle vs. selektive vs. indizierte Prävention:**
Wie bei allen präventiven Bemühungen kann auch in der Tabakprävention unterschieden werden zwischen universeller Prävention, die sich an eine breite Zielgruppe unabhängig der individuellen Risiko- oder Verhaltensausrprägung richtet, und selektiver bzw. indizierter Prävention. Selektive Prävention sind Präventionsbemühungen, deren Zielgruppe aus Individuen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine zukünftige Ausprägung des Risikoverhaltens besteht (z.B. Jugendliche an Schulen in Gemeinden oder Stadtteilen, in denen statistisch gesehen überdurchschnittlich mehr geraucht wird). Die Zielgruppe indizierter Präventionsbemühungen besteht aus Individuen, mit bereits manifestem Risikoverhalten (z.B. Schülerinnen und Schüler die bereits rauchen) (Griffin & Botvin, 2010).
- **Milieu-Einbettung – unimodale vs. multimodale Prävention:**
Präventionsbemühungen im Setting Bildung können dahingehend unterschieden werden, ob ihre Durchführung und Umsetzung auf das Setting Bildung beschränkt bleibt (d.h. Interventionen finden nur im schulischen Kontext statt) oder auch andere Settings (z.B. Setting Familie und/oder Freizeit) miteinbezieht.
- **Thematische Fokussierung – monofokale vs. multifokale Prävention:**
Tabakprävention kann thematisch nur auf den Tabakkonsum fokussieren (monofokal), oder auch auf die Verhinderung oder Verminderung des Konsums anderer psychoaktiver Substanzen sowie anderer Risikoverhalten abzielen (multifokal).
- **Theoretische Fundierung – verhältnis- und verhaltenspräventive Ansätze:**
Aus der allgemeinen Literatur zur Prävention von Risikoverhalten ist die klassische Aufteilung in Verhältnis- und Verhaltensprävention bekannt. Bei ersterer wird durch strukturelle Massnahmen physischer oder regulatorischer Natur versucht, das Risikoverhalten zu verunmöglichen oder zu erschweren. Klassische Beispiele im Tabakbereich sind hierbei Mechanismen zur Volljährigkeitsbestätigung an Zigarettenautomaten, Rauchverbote und Sondersteuern auf Tabakprodukte.
Verhaltensprävention ihrerseits versucht durch informative, erzieherische oder verhaltenspsychologische Interventionen bestimmte Verhaltensmuster auf individueller Ebene zu verhindern oder zu ändern. Dabei gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze (siehe z.B. Webb, Sniehotta, & Michie, 2010), die in der Literatur gemäss verschiedener Dimensionen kategorisiert werden. Im vorliegenden Bericht wird in Anlehnung an Thomas et al. (2013) bzw. Griffin und Botvin (2010) eine grobe Unterteilung verhaltenspräventiver Bemühungen vorgenommen, die sich grob an drei vorherrschenden theoretischen Ansätzen orientiert:

1. Reine **Informationsvermittlung** (im Englischen auch "normative education"): Bei diesem Ansatz wird die Zielgruppe vor allem über die tatsächliche (meist deutlich überschätzte) Prävalenz bestimmter Risikoverhalten und deren gesellschaftliche Akzeptanz (bzw. Nicht-Akzeptanz) aufgeklärt, sowie über die potentiellen, negativen Auswirkungen derselben.
2. Stärkung der **Sozialkompetenz** ("social competence", auch "competence-enhancement", "life skills"): Es geht hier um die Stärkung sozialer Kompetenzen in den Bereichen des sozialen Lernens um sozialen Phänomenen wie Gruppendruck und medienvermittelten Normen besser begegnen zu können. Trainiert werden Kompetenzen und Fähigkeiten zur Problemlösung, Entscheidungsfindung, Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl sowie Bewältigungsstrategien für Stresssituationen.
3. Begegnung der **sozialen Einflussnahme** ("social resistance skills"): Hier werden die sozialen Mechanismen angegangen, welche die Zielgruppe der Präventionsbemühung zu einem Risikoverhalten verleiten können oder könnten, etwa Gruppendrucksituationen oder durch Werbung suggerierte Normen. Es werden gezielt Kompetenzen aufgebaut, um diese Mechanismen zu verstehen und die konkreten Situationen entweder zu vermeiden, oder ihnen effektiv begegnen zu können. Beispiele aus dem Tabakbereich wären etwa das Antrainieren von Verhaltensweisen, um das Angebot einer Zigarette überzeugend abzulehnen, oder das Hinterfragen und Widerlegen von Werbebotschaften der Tabakindustrie. Ebenfalls dazugezählt werden im vorliegenden Bericht Ansätze zu sozialen Normen, die den Tabakkonsum befördern können, und wie ihnen effektiv begegnet werden kann.

Tabakpräventionsbemühungen, die im Setting Bildung durchgeführt werden, basieren meist auf einem oder mehreren dieser Ansätze. Es handelt sich als auch keinesfalls um eine erschöpfende Typologie; neben den drei hier beschriebenen Ansätzen werden in der Literatur zu schulbasierten Tabakprävention bisweilen noch weitere theoretische Ansätze genannt. Gleichwohl umfasst die hier vorgeschlagene Typologie die allermeisten Ansätze und scheint somit dem Zweck der durchgeführten Literaturlaufarbeitung genügend.

Aus den bis anhin erklärten Dimensionen von Präventionsbemühungen bzw. ihren Ausprägungen resultieren bereits eine Vielzahl theoretisch möglicher Kombinationen. Für den Teilbereich universeller Präventionsbemühungen werden diese in Abbildung 1. schematisch dargestellt.

Abbildung 1. Schematische Darstellung universeller Präventionsbemühungen nach Milieu-Einbettung, Fokussierung und theoretischer Einbettung



Quelle: Eigene Darstellung. * inklusiv Normen

Neben den in Abbildung 1. dargestellten Dimensionen gibt es noch weitere Kriterien, nach denen Präventionsbemühungen unterschieden werden können, etwa in Bezug auf ihre Vermittlung. So können Präventionsbemühungen von verschiedenen Personengruppen (Vermittlungspersonen, Multiplikatoren) durchgeführt werden, wie z.B. Lehrpersonen, Gesundheitsfachpersonen oder Gleichaltrigen. Es können auch unterschiedliche Medien eingesetzt werden (z.B. elektronische Hilfsmittel wie Smartphones und Tablets), die Interventionen können von unterschiedlicher Länge und Intensität sein, und/oder es können Anreize wie Wettbewerbe oder andere Belohnungen angeboten werden. Weiter lassen sich Präventionsbemühungen nach dem Alter ihrer Zielgruppe kategorisieren, sowie danach, ob sie Genderdimensionen berücksichtigen.

Im Kapitel 4.2 wird die vorhandene Literatur zur internationalen Evidenz der Wirksamkeit von Tabakpräventionsbemühungen gemäss diesen einzelnen Dimensionen aufgearbeitet.

2.2 Methodisches Vorgehen bei der Befragung von Bildungsfachpersonen

Ziel der Fokusgruppendifkussion "Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Bildung" sowie der Einzelinterviews war es, genaueren Einblick in Erwartungen und Vorbehalte bezüglich präventiver Massnahmen sowie Erfahrungen der im Setting Bildung tätigen Akteure und Multiplikatoren zu erhalten. Ausserdem wurde die Befragung von Bildungsfachpersonen dazu genutzt, die für eine mögliche Zusammenarbeit relevanten Netzwerke und Organisationen im Setting Bildung zu identifizieren.

2.2.1 Auswahl der befragten Bildungsfachpersonen

Zur Auswahl möglicher Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppendifkussion wurden von der Präventionsfachverantwortlichen von Sucht Schweiz zunächst die für die oben ausgeführte Themen- und Fragestellung als relevant erachteten Personen- und Institutionenkategorien identifiziert. In Betracht gezogen wurden dabei zunächst Schulbehörden und schulbehördennahe Institutionen und Organisationen auf den nationalen, kantonalen und regionalen Ebenen in der Deutschschweiz, sowie bildungsnahe Institutionen und Organisationen mit direktem Kontakt zur Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dabei wurden explizit keine Institutionen und Organisationen gelistet, die bereits über langjährige Erfahrung im Bereich der Tabakprävention bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verfügen und/oder eigene Tabakpräventionsprojekte durchführen. Ausserdem wurde auf eine Ausgeglichenheit zwischen den Deutschschweizer Grossregionen geachtet.

Im Folgenden wurden die Bildungsfachpersonen innerhalb der drei obengenannten Gruppen (national, kantonal und regional) telefonisch kontaktiert. Anlässlich dieser Telefonate wurden das Interesse und die Verfügbarkeit der Bildungsfachpersonen erfragt. Mitunter wurde die Person, welche die Telefongespräche durchführte, an andere Bildungsfachpersonen aus dem gleichen Bereich aber mit höherer Settingkenntnis verwiesen. Diese Personen wurden in der Liste separat dokumentiert und in einer zweiten Runde ebenfalls kontaktiert.

Für die Fokusgruppendifkussion wurden Insgesamt 18 Bildungseinrichtungen und -fachpersonen per Telefon und E-Mail kontaktiert, über die Forschungsfragen informiert und zur Fokusgruppe eingeladen (davon sechs national, sechs kantonal und sechs mit Zielgruppenbezug). Alle kontaktierten Bildungsfachpersonen zeigten sich interessiert und waren prinzipiell zu einer Teilnahme bereit. Aus insgesamt vier vorgeschlagenen Terminen wurde derjenige ausgewählt, an dem die grösste Anzahl an Bildungsfachpersonen eine Teilnahme zusichern konnte. Neben der Übernahme der Anfahrtskosten wurde allen Teilnehmenden eine Aufwandsentschädigung von 200.- CHF angeboten. Um nach den Fokusgruppen einige Fragen weiter vertiefen zu können und auch Fachleute aus der französischsprachigen Schweiz einzubeziehen, wurden in der zweiten Novemberhälfte 2016 zusätzlich zwei telefonische Interviews durchgeführt. Die Gesprächspartner wurden so ausgewählt, dass einzelne in der Fokusgruppendifkussion nicht geschlossene Informationslücken möglichst effizient aufgefüllt werden konnten. Eine Liste der Stellen der befragten Bildungsfachpersonen (Teilnehmende an Fokusgruppendifkussion und an Einzelinterviews) ist im Anhang I zu finden.

2.2.2 Durchführung der Fokusgruppendifkussion und der Einzelinterviews

Bei dem Fokusgruppengespräch handelte es sich um eine geführte Diskusion, bei der eine Reihe von Fragen gemäss zuvor erstelltem Gesprächsleitfaden besprochen wurde. Der Gesprächsleitfaden (siehe Anhang II) wurde parallel zu denjenigen der entsprechenden Fokusgruppendifkussionen für die Berichte zu den Settings 'Freizeit' (siehe Archimi et al., 2017) und 'Familie' (siehe Marmet et al., 2017) ausgearbeitet und widerspiegelt die Themenbereiche, die sich aus der vorgegebenen Auftragsstellung ergebenden (siehe Kapitel 1.3).

Die Fokusgruppendifkussion „Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Bildung“ fand am 27. Oktober 2016 von 13:30 bis 16:30 Uhr in den Räumlichkeiten von Infodrog in Bern statt. Es nahmen acht Bildungsfachpersonen daran teil (siehe Anhang I). Nach einer kurzen Einführung und einer Präsentation der verschiedenen Teilnehmenden, wurden die Zielsetzung des Mandats sowie bisherige Ergebnisse der Literaturanalyse kurz präsentiert (siehe Kapitel 4). Die Antworten der Teilnehmenden wurden vor Ort protokolliert. Zusätzlich wurde – mit mündlichem Einverständnis der Diskusionsteilnehmenden – eine Tonaufzeichnung erstellt.

Auch für die telefonischen Einzelinterviews wurden vorgängig Gesprächsleitfaden erstellt (siehe Anhang III und IV). Diese orientierten sich weitestgehend am Leitfaden der Fokusgruppendifkussion. Dabei wurden individuell leichte Anpassungen für die jeweilige Fachperson vorgenommen. Das Einzelinterview mit der Bildungsfachperson aus der Deutschschweiz wurde auf Deutsch, dasjenige mit der Bildungsfachperson aus der französischsprachigen Schweiz auf Französisch durchgeführt. Die telefonischen Einzelinterviews dauerten je ca. eine halbe Stunde und wurden mit dem mündlichen Einverständnis der Gesprächsteilnehmenden aufgezeichnet.

3 Kontext

3.1 Tabakkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz

Gemäss der neusten epidemiologischen Daten aus der Schweizer HBSC-Studie⁴ ist der Tabakkonsum bei Schülerinnen und Schülern des 5. bis 9. Schuljahres (7. bis 11. Jahr HarmoS) in der Schweiz trotz des starken Rückgangs zwischen 2010 und 2014 nach wie vor weit verbreitet (Marmet, Archimi, Windlin, & Delgrande Jordan, 2015).

Im Jahr 2014 hatten 5.3% der 11-jährigen Jungen und 3.6% der gleichaltrigen Mädchen bereits mindestens einmal im Leben Zigaretten geraucht und 2.4% bzw. 0.9% gaben bei der Befragung an, dass sie rauchten, die meisten davon seltener als wöchentlich. Bei den 15-Jährigen rauchten 17.6% der Jungen und 15.0% der Mädchen zur Zeitpunkt der Befragung; 11.9% bzw. 9.0% rauchten mindestens einmal wöchentlich und 6.6% bzw. 6.4% täglich. Beide Konsumfrequenzen (mindestens einmal wöchentlich bzw. täglich) nahmen über die Altersgruppen (d.h. zwischen 11 und 15 Jahren) hinweg deutlich zu.

Von den täglich rauchenden 15-Jährigen rauchte gut die Hälfte maximal 5 Zigaretten am Tag, gut ein Viertel der täglich rauchenden Jungen und ein Fünftel der Mädchen rauchte 6 bis 10 Zigaretten pro Tag. Etwa ein Fünftel der 15-jährigen täglich rauchenden Jungen und Mädchen rauchte mehr als 10 Zigaretten pro Tag.

Die von den 15-jährigen Schülerinnen und Schülern (die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Zigaretten geraucht) am häufigsten genannte Zugangsart zu Zigaretten war der Erhalt oder Kauf von Bekannten (ca. zwei Drittel), also von Kolleginnen, Kollegen, Geschwistern oder anderen bekannten Personen. Der eigenhändige Kauf in Läden, Kiosks, Bars, Restaurants oder an Automaten wurde nur etwas weniger häufig angegeben (von ca. drei Fünfteln).

Fast alle Schülerinnen und Schüler, die jemals Zigaretten geraucht hatten, hatten auch bereits Alkohol getrunken. Etwa ein Viertel (11-Jährige) bis die Hälfte (15-Jährige) derjenigen, die schon Alkohol getrunken hatten, hatten auch bereits Zigaretten geraucht.

Gemäss Daten des Suchtmonitorings Schweiz⁵ blieb die Prävalenz des Tabakkonsums bei den 15- bis 19-Jährigen trotz Schwankungen im Zeitraum 2011-2015 immer bei etwa 24% (Gmel, Kuendig, Notari, & Gmel, 2016); 12.5% rauchten 2015 täglich und 11.5% gelegentlich. Der Tabak wird grossmehrheitlich in Form industriell hergestellter Zigaretten geraucht. Der durchschnittliche Zigarettenkonsum der 15- bis 19-jährigen täglich Rauchenden lag 2015 bei 10.4 Zigaretten pro Tag. Mehr als ein Fünftel der 15- bis 19-jährigen täglich Rauchenden gab an, 16 Zigaretten oder mehr, also mindestens ein halbes Päckchen, pro Tag zu rauchen.

Der höchste Anteil an Rauchenden wurde im Jahr 2015 mit 37.3% in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen verzeichnet. In dieser Altersgruppe rauchten 22.6% täglich und 13.9% gelegentlich und der durchschnittliche Zigarettenkonsum bei täglich Rauchenden lag bei 12.1 Zigaretten pro Tag. Rund ein Fünftel der 18- bis 19-jährigen täglich Rauchenden und etwa einer von acht 20- bis 24-jährigen täglich Rauchenden gaben an, mit dem täglichen Rauchen vor dem 15. Altersjahr begonnen zu haben.

⁴ Health Behaviour in School-aged Children (www.hbsc.ch). In Bezug auf den Tabakkonsum liefert die HBSC-Studie repräsentative Daten zur Konsumfrequenz von Tabak bzw. Zigaretten, zur Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag und zur Zugangsart, nicht aber zu anderen Tabakwaren wie Zigarre, Wasserpfeife/Shisha, Snus usw.

⁵ <http://www.suchtmonitoring.ch/de.html>

Im Jahr 2015 gaben mehr als zwei Fünftel der 15- bis 19-jährigen Rauchenden (44.4%) und etwa ein Drittel der 20- bis 24-jährigen Rauchenden (31.2%) an, innerhalb der nächsten sechs Monate nach der Befragung mit dem Rauchen aufhören zu wollen (alle Rauchende: 32.7%). Bei der Absicht, innerhalb der nächsten 30 Tage nach der Befragung mit dem Rauchen aufzuhören, sind die Anteile 14.9% bzw. 10.6% (alle Rauchende: 14.5%).

3.2 Kontext Schweiz: Rahmenbedingungen für die Tabakprävention im Setting Bildung

3.2.1 Das Bildungssystem Schweiz

Eine kurze vereinfachte Beschreibung

Nach Angaben des Bundesamts für Statistik (Oeuvray, 2016) gab es in der Schweiz zum Schuljahresbeginn 2014 über alle Bildungsstufen hinweg insgesamt 10'566 Bildungsinstitutionen.

In der Schweiz werden ca. 40% der Kinder bereits vor ihrem Schuleintritt familienergänzend betreut, z.B. in Kindertagesstätten oder durch Tageseltern.⁶ Das Angebot familienergänzender Betreuungseinrichtungen für Kinder im Vorschulalter unterscheidet sich je nach Region stark.⁷

Der Schuleintritt erfolgt in der Regel im Alter von 4 Jahren (Kindergarten) und die obligatorische Schulzeit erstreckt sich, Kindergarten inbegriffen, über 11 Jahre, also bis zu einem Alter von 15 bis 16 Jahren⁸ (Siehe Anhang V). Am Ende der obligatorischen Schule entscheiden sich rund zwei Drittel der Jugendlichen in der Schweiz für eine duale Berufslehre, während ca. ein Drittel an eine rein schulische Bildungseinrichtung übertritt (gymnasiale Maturitäts- oder Fachmittelschulen)⁹. Nach Abschluss der dualen oder rein schulischen Grundausbildung können Jugendliche und junge Erwachsene an tertiären Bildungseinrichtungen gelangen, also an höhere Fachschulen, Fachhochschulen und pädagogische und universitäre Hochschulen (inkl. ETH). Nach dem Eintritt in die Arbeitswelt können sie zudem bestehende Fähigkeiten und Wissen durch eine Weiterbildung (u.a. Weiterbildungskurse) verbessern, aktualisieren oder auf neue Bereiche erweitern. Weiterbildungsaktivitäten finden jedoch neben dem formalen Bildungssystem statt.

Zuständigkeiten

Die Hauptverantwortung über das Schweizer Bildungswesen liegt bei den 26 Kantonen: Sie sind für das Bildungswesen zuständig, soweit die Bundesverfassung nicht den Bund für zuständig erklärt¹⁰. Jeder Kanton verfügt über eine eigene Gesetzgebung.

Die öffentlichen obligatorischen Schulen (Primarstufe inklusive Kindergarten und Sekundarstufe I) liegen im kantonalen Kompetenzbereich, werden grösstenteils aber von den Gemeinden organisiert und betrieben. Die grosse Mehrheit der Schülerinnen und Schüler absolvieren ihre obligatorische Schulzeit an öffentlichen Schulen, etwa 5% besuchen Privatschulen. Die nachobligatorische Ausbildung (Sekundarstufe II und Tertiärstufe) liegen im kantonalen und eidgenössischen Kompetenzbereich.

⁶ <http://www.netzwerk-kinderbetreuung.ch/de/gesellschaft/>

⁷ http://sodk.ch/uploads/media/Annexe_3.3_FBBE_01.pdf, abgerufen am 31.10.2016.

⁸ Die Primarstufe – inkl. zwei Jahre Kindergarten oder die ersten beiden Jahre einer Eingangsstufe – umfasst acht Jahre. Die Sekundarstufe I umfasst drei Jahre. Im Kanton Tessin dauert die Sekundarstufe I (Scuola media) vier Jahre.

⁹ <http://www.edk.ch/dyn/14798.php> und <http://bildungssystem.educa.ch/de/schweizerische-bildungswesen>

¹⁰ <http://bildungssystem.educa.ch/de/zusammenarbeit-bildungswesen>

Die Weiterbildung ist seinerseits überwiegend marktwirtschaftlich organisiert und Bund und Kantone handeln hauptsächlich subsidiär. Private haben als Träger und Anbieter sowie bei der Finanzierung der Bildung eine zentrale Rolle.

Zusammenarbeit zwischen den Kantonen bzw. zwischen Bund und Kantonen

Die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen erfolgt je nach Bildungsstufe und -aufgabe auf kantonaler, regionaler oder gesamtschweizerischer Ebene¹¹. Bereiche, die gesamtschweizerisch einheitlicher Lösungen bedürfen, werden durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) geregelt, während Aufgaben, die eine regionale Zusammenarbeit verlangen (z.B. die sprachregionalen Lehrpläne) von den EDK-Regionalkonferenzen¹² bearbeitet werden. In Bereichen, in denen sowohl die Kantone als auch der Bund zuständig sind, arbeiten diese zusammen. Ansprechpartnerin für den Bund ist die EDK. Auf Bundesseite ist das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) im Eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) für Bildungsfragen zuständig.

Systemlogik

Die föderalistische Struktur des Schweizer Bildungssystems führt dazu, dass sich im Normalfall mit jeder höheren Schul- auch die betreffende Kompetenz- und/oder Organisationsstufe ändert. Gemäss Fend (2008, zitiert durch SKBF, 2014)¹³ bilden auf jeder Handlungsebene die Vorgaben der vorgeordneten Ebene sowie die ebenenspezifischen Bedingungen bestimmte Kontexte für das Handeln der Akteure. Zudem ist dieses von den Wahrnehmungen und Kompetenzen der Akteure geprägt. Fend spricht von einer «Rekontextualisierung» der Vorgaben der vorgeordneten Ebene und betrachtet es als sinnvoll, bei der Gestaltung von Vorgaben die jeweils betroffene Ebene, deren Akteure sowie ihre Wahrnehmungen und Interessen in die Entscheidungen einzubeziehen.

3.2.2 Strukturelle und Inhaltliche Entwicklungen

Die kantonalen Schulsysteme in der Schweiz zeichnen sich durch eine strukturelle und inhaltliche Vielfalt aus (z.B. unterschiedliche Lehrpläne und Lehrmitteln). Seit einigen Jahren befinden sie sich jedoch in einer Umbruchphase, denn die Bundesverfassung verpflichtet die Kantone im Rahmen des Bildungsartikels (BV Art. 62. Abs.4., 2006 aufgenommenen) zur Harmonisierung in den Bereichen Schuleintrittsalter, Schulpflicht, Dauer und Ziele der verschiedenen Bildungsstufen sowie Übergänge und Anerkennung von Abschlüssen (Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF), 2014). Nachfolgend wird auf die Entwicklungen in der obligatorischen Schule am Beispiel des HarmoS-Konkordats und der neuen, sprachregionalen Lehrpläne fokussiert.

Das HarmoS-Konkordat

Mit der "Interkantonalen Vereinbarung über die Harmonisierung der obligatorischen Schule" (HarmoS-Konkordat) zeigte die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) im Jahr 2007 ihren Willen zur Umsetzung des Bildungsartikels. Das Konkordat sieht eine einheitliche Dauer der obligatorischen Schule vor und skizziert in allgemeiner Form die Ziele der Volksschule. Zur Harmonisierung der Bildungsziele stellt das Konkordat auf sprachregionale Lehrpläne und auf sprachregional koordinierte Lehrmittel und Evaluationsinstrumente ab (Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF), 2014). Das Konkordat trat am 1. August 2009 in Kraft. Bis heute sind 15 Kan-

¹¹ <http://www.edk.ch/dyn/11910.php>

¹² Deutschschweizer Erziehungsdirektoren-Konferenz und Conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin

¹³ <http://www.skbf-csre.ch/de/bildungsforschung/information/neuste-information/>

tone dem Konkordat kraft kantonalem Parlamentsbeschluss oder kantonaler Volksabstimmung beigetreten. Auch in den Kantonen, welche dem Konkordat bisher nicht beigetreten sind oder die einen Beitritt abgelehnt haben, sind die meisten der von der Bundesverfassung vorgegebenen Eckwerte bereits nach dem Modell des HarmoS-Konkordats harmonisiert oder sind auf dem Weg dazu (vgl. Bilanzbericht der EDK vom 28. Juni 2015 Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK), 2015)

Unabhängig vom Beitritt zum HarmoS-Konkordat ist die Harmonisierung der Dauer der Sekundarstufe I von drei Jahren auf Gesetzesebene in allen Kantonen erfolgt oder beschlossen. Die Dauer der Primarstufe von acht Jahren ist auf Gesetzesebene noch nicht harmonisiert (Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF), 2014). Das HarmoS-Konkordat umschreibt die übergeordneten Ziele der obligatorischen Schule in fünf Bereichen (z. B. Sprachen, Mathematik und Naturwissenschaften, Bewegung und Gesundheit), die in sprachregionalen Lehrplänen (und -mitteln) konkretisiert werden sollen. Das heisst, die Zusammenarbeit der Kantone im Volksschulbereich spielt sich nicht nur auf nationaler, sondern weitgehend auch auf sprachregionaler Ebene ab.

Die sprachregionalen Lehrpläne

Aufgrund der erheblichen kulturellen und pädagogischen Unterschieden zwischen den Sprachregionen erfolgt die Harmonisierung der Lehrpläne und die Koordination der Lehrmittel auf sprachregionaler Ebene.

Die sprachregionalen Lehrpläne ("Lehrplan 21"¹⁴, "Plan d'études romand/PER"¹⁵ und "Piano di studio"¹⁶) definieren Kompetenzen, die Schülerinnen und Schüler erreichen sollen¹⁷. Neben den fachlichen Kompetenzen werden in den jeweiligen sprachregionalen Lehrplänen auch überfachliche Kompetenzen (z.B. Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit, kritische Reflexionsfähigkeit, Lern- und Problemlösefähigkeit) sowie allgemeinbildende, fächerübergreifende Themen angesprochen. Dazu gehören z.B. Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT) und Medien, Lebensplanung und berufliche Orientierung sowie Gesundheit und Wohlbefinden.

Jeder Kanton entscheidet gemäss den eigenen Rechtsgrundlagen über die Einführung auf kantonaler Ebene. Mit Ausnahme der Kantone Aargau und Appenzell-Innerrhoden haben alle deutschsprachigen Kantone (inkl. mehrsprachige Kantone Bern, Freiburg, Graubünden und Wallis) die Einführung des Lehrplans 21 beschlossen. Davon haben elf¹⁸ Kantone Lehrpläne beschlossen und veröffentlicht, die auf dem Lehrplan 21 basieren. In der Westschweiz ist der Plan d'études romand in allen Kantonen bereits in Kraft; im Tessin wird der Piano di studio seit dem Schuljahr 2015/2016 über drei Jahre progressiv eingeführt.

Im Rahmen des Lehrplans 21 ist Gesundheit eine der sieben fächerübergreifenden Themen unter der Leitidee "Nachhaltige Entwicklung". Als Beispiel für die Umsetzung im Unterricht dieses fächerübergreifenden Themas kann man den Kompetenzbereich "Identität, Körper, Gesundheit - sich kennen und sich Sorge tragen" des Fachbereiches "Natur, Mensch, Gesellschaft (NMG)" nennen. Hier soll u.a. die Kompetenz "Mitverantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden übernehmen und sich vor Gefahren schützen" aufgebaut werden. Für die Schülerinnen und Schüler des Sekundarstufe I (9. bis 11. HarmoS, d.h. 3. Zyklus) heisst es konkret "Merkmale von Abhängigkeiten und Sucht beschreiben zu können und Möglichkeiten der Prävention zu erkennen".

¹⁴ <http://www.lehrplan21.ch/>; 21 deutsch- und mehrsprachige Kantone

¹⁵ <http://www.plandetudes.ch/>

¹⁶ <http://www.pianodistudio.ch/>

¹⁷ In mehrsprachigen Kantonen gelten in den verschiedenen Sprachteilen die Lehrpläne der jeweiligen nationalen Sprachregionen.

¹⁸ Appenzell-Ausserrhoden, beide Basel, Bern, Glarus, Luzern, Ob- und Nidwalden, Schwyz, St. Gallen, Solothurn und Uri.

Im Rahmen des Plan d'études romand in der französischsprachigen und des Piano di Studio in der italienischsprachigen Schweiz werden die Fachbereiche ("domaines disciplinaires"/"discipline di insegnamento"), die überfachlichen Kompetenzen ("compétences transversales"/"competenze trasversali") und die allgemeine Bildung ("Formation générale"/"Contesti di formazione generale") komplementär begriffen. Das Thema "Gesundheit und Wohlbefinden", in welchem Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich von Gesundheit und Prävention vermittelt werden sollen, ist dabei eines von fünf Themen der allgemeinen Bildung. Konkretisiert wird dieses Thema beispielsweise im Plan d'études romand für die 7. und 8. HarmoS-Schulstufen (d.h. 2. Zyklus) mit "Identification de quelques conduites addictives (dépendance à la télévision, aux jeux vidéo, abus de substances,...)" und "Identification des conséquences liées à des prises de risque" und im Piano di Studio für die Sekundarstufe I (9. bis 11. HarmoS-Schulstufen, d.h. 3. Zyklus) mit "la sensibilizzazione ai rischi delle dipendenze".

3.2.3 *Beobachtete und erwartete Entwicklung der Schulkind-, Lernenden- bzw. Studierendenzahlen*

Die demografische Entwicklung stellt eine wichtige Rahmenbedingung für das Bildungssystem dar, fällt jedoch je nach Schulstufe und -typ unterschiedlich aus (Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF), 2014).

Die Szenarien des Bundesamtes für Statistik (Babel, Gaillard, & Strübi, 2015) zeigen für die obligatorische Schule (Vorschul-, Primar-, und Sekundarstufe I), dass der seit zehn Jahren beobachtete Rückgang der Schulkinderzahlen momentan zu seinem Ende kommt und sich für das nächste Jahrzehnt bereits ein Anstieg abzeichnet. In der Tat zeigt das Referenzszenario zwischen 2015 und 2024 gesamtschweizerisch eine Zunahme an Schülerinnen und Schülern von 13% (im Vergleich zu 2014). Auf Primarstufe, nach einem Rückgang seit 1999 um knapp 10%, ist im nächsten Jahrzehnt ein Anstieg von 16% zu erwarten, während auf Sekundarstufe I die seit 2005 um 7% gesunkenen Bestände bis 2016 weiter abnehmen dürften, bevor sie dann wieder ansteigen.

Für die Sekundarstufe II (berufliche Grundbildung, gymnasiale Maturitätsschulen und Fachmittelschulen) zeigen die Szenarien des BFS, dass die in den letzten Jahren weniger stark gewachsenen Lernendenbestände in den kommenden Jahren leicht rückläufig sein werden, bevor sie ab Ende des Jahrzehnts wieder ansteigen dürften. Gemäss dem Referenzszenario dürfte die Gesamtzahl der Eintritte in die Sekundarstufe II bis 2018 um ca. 2% zurückgehen und anschliessend wieder ansteigen (+6% bis 2024).

Gemäss dem Referenzszenario des BFS dürfte die Zahl der Studierenden an den Schweizer Hochschulen (kantonale Universitäten, ETH und andere universitäre Institutionen) nach einer stärkeren Zunahme, in den letzten Jahren ab 2016 weniger stark ansteigen. Für den Zeitraum 2014–2024 ist eine Zunahme von 7.4% prognostiziert.

3.2.4 *Schulabbrüche / vorzeitige Schulabgänge*

Im Jahr 2006 vereinbarten Bund, Kantone und Sozialpartner in den Leitlinien zum Nahtstellenprojekt das Ziel, dass im Jahr 2015 in der Schweiz 95% der 25-Jährigen über einen ihren Fähigkeiten angepassten Abschluss auf der Sekundarstufe II erreichen (Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK), 2006).

Der Erwerb eines Abschlusses auf der Sekundarstufe II ist eine Mindestanforderung, um die Risiken einer prekären Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit zu reduzieren. Darüber hinaus können schulverweigernde Kinder und Jugendliche von (Präventionsbemühungen in) der Schule kaum – oder kaum mehr – erreicht werden, ebenso wie Jugendliche und junge Erwachsene mit Schwierigkeiten in den Berufseinstieg.

Gemäss eines Indikators des BFS bewegt sich in der Schweiz der Anteil der 18- bis 24-jährigen frühzeitigen Schulabgängerinnen und Schulabgänger ohne nachobligatorische Ausbildung und ohne Teilnahme an anderen Bildungsaktivität seit 1996 zwischen 5% und 10%. Seit 2010 (7.6%; CI 95% = 0.7) nimmt dieser Anteil tendenziell ab; 2015 lag er bei 5.9% (CI 95% = 0.6).¹⁹

3.2.5 Ausbildung der Lehrkräfte

Die Ausbildung der Lehrkräfte findet in der Schweiz je nach Kanton und Unterrichtsstufe an verschiedenen Institutionen statt (Gallizzi, 2016). Sie hat sich seit Anfang dieses Jahrzehnts stark gewandelt und wird unter den Kantonen immer stärker harmonisiert. Früher absolvierten die Vorschul- und Primarschullehrkräfte ihre Ausbildung an sogenannten Seminaren mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II. Heute erfolgt diese auf Hochschulstufe, entweder an einer Pädagogischen Hochschule (PH, für eine Liste der PH siehe Gallizzi, 2016, Seite 11), einer Universitären Hochschulen (UH) oder vereinzelt auch an einer Fachhochschule (FH).

Während die Ausbildung der Vor- und Primarschullehrkräfte mit einem Bachelor abgeschlossen wird, muss jene der Lehrkräfte für die Sekundarstufe I mit einem Master beendet werden (Gallizzi, 2016). Für die Sekundarstufe II (Maturitätsschulen) benötigen die Lehrkräfte einen universitären Masterabschluss, bevor sie die pädagogische und berufspraktische Ausbildung abschliessen. Die Ausbildung der Berufsfachlehrpersonen findet zum grössten Teil an den PH statt. Während bis 2010 alle Abschlüsse vom Eidgenössischen Hochschulinstitut für Berufsbildung vergeben wurden, zeichnet sich in den letzten Jahren ein Trend zu mehr Diversität ab.

Die interkantonalen Vereinbarungen sehen keine einheitliche institutionelle Form im Bereich der Lehrerinnen- und Lehrerbildung vor (Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF), 2014). Darin widerspiegelt sich die Heterogenität der kantonalen Ausbildungssysteme für Lehrkräfte (institutionelle Vielfalt, unterschiedliche Grösse der Einrichtungen, verschiedene Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsgänge und Lehrpläne), deren Ausbildungsgänge wiederum den jeweiligen kantonalen Schulstrukturen angepasst sind. Diese interkantonale Heterogenität in der Lehrkräfteausbildung betrifft im Rahmen des Lehrplans unter anderem die Bildungsangebote zu den Themen der Gesundheitsförderung und Prävention (Anzahl Stunden pro Jahr; die spezifischen Themen, die abgedeckt werden; obligatorische oder fakultative Kurse; usw.).

Die häufigste institutionelle Form der Lehrerinnen- und Lehrerausbildung ist die PH: rund zwei Drittel aller Lehrkräfte werden heute an kantonalen oder interkantonalen PHs ausgebildet (Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF), 2014). Weitere 30% absolvieren ihre Ausbildung an einer Fachhochschule. Für das Gebiet Sonderpädagogik (schulische Heilpädagogik, Logopädie u.a.) haben 13 Deutschschweizer Kantone gemeinsam die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH) geschaffen. Ferner werden spezielle Disziplinen wie etwa Sport- oder Heilpädagogik teilweise an Fachhochschulen angeboten. In gewissen Kantonen erfolgt die Ausbildung der Lehrpersonen vollständig (Genf) oder teilweise (für die Sekundarstufe I in Freiburg oder fürs Gymnasium in Zürich) an universitären Hochschulen. Schliesslich gibt es auf Bundesebene für die Ausbildung der Berufsschullehrkräfte das Eidgenössische Hochschulinstitut für Berufsbildung (EHB).

¹⁹ Dieses Indikator wird berechnet aus der Gegenüberstellung der Anzahl Abschlüsse und der Zahl der Jugendlichen, die sich in der Altersspanne befinden, in der theoretisch der Abschluss auf der Sekundarstufe II erfolgen sollte.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/bildungssystem-schweiz/bildungsstufen/sekundarstufe-ii/fruezeitige-schulabgaenger.html>, abgerufen am 31.10.2016

Angesichts des Mangels an Lehrkräften haben gewisse Kantone Anfang dieses Jahrzehnts Massnahmen ergriffen um den Zugang zur Lehrkräfteausbildung zu erleichtern und den Quereinstieg in den Lehrberuf zu fördern (Gallizzi, 2016). Dabei werden den Quereinsteigenden erworbene Berufserfahrungen und frühere Studienleistungen teilweise angerechnet, sodass sich die Ausbildungsdauer verkürzt. Ausserdem ist nach dem ersten Ausbildungsjahr bereits eine begleitete Lehrtätigkeit möglich. Seit 2012 ist für die Quereinsteigenden der Erwerb eines EDK-anerkannten Abschlusses möglich.

3.2.6 Beobachtete und erwartete Entwicklung des Bedarfs an neuen Lehrkräften

Die Nachfrage nach Lehrkräften wird im Wesentlichen durch die Schulkinderbestände, die Klassengrößen und die Fluktuation der Pensionierungsrate unter den Lehrkräften bestimmt (Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF), 2014). Gemäss den Szenarien 2013 – 2022 des BFS für das Bildungssystem (Babel, Gaillard, & Strübi, 2013)²⁰ wird auf der Primarstufe aufgrund ansteigender Schulkinderbestände und zunehmender Pensionierungen der Bedarf an neuen Lehrkräften bis 2017 (= Höchstwert) voraussichtlich ansteigen. Er dürfte in der Folge bis 2021 zurückgehen. Dies wird in allen Kantonen erwartet.

Auf der Sekundarstufe I hingegen gingen die Szenarien des BFS bis 2015 von einer im Allgemeinen stabilen Entwicklung aus und rechneten danach und bis 2022 aufgrund höherer Schulkinderbestände mit einem ansteigenden Bedarf. Dabei wurde jedoch auch mit grossen Unterschieden zwischen den Kantonen gerechnet.

Im Gegensatz zur obligatorischen Schule dürfte auf der Sekundarstufe II, sowohl bei den allgemeinbildenden Schulen als auch bei der beruflichen Grundbildung, die notwendige Rekrutierung von neuen Lehrkräften eher stabil bleiben. Ausnahmen sind die Genferseeregion (erwartete Zunahme bis 2017 und danach Stabilisierung) und das Tessin (erwartete Verdoppelung zwischen 2012 und 2022).

3.2.7 Verbreitung der Suchtprävention in der Schule und in Bildungsbetrieben

Im Rahmen einer im Jahr 2014 für die Schweiz durchgeführten repräsentativen Lehrkräftebefragung zum Thema gesundheitsfördernder Bemühungen an Schulen (5. bis 9. Schuljahr, d.h. 7. bis 11. HarmoS) wurden sechs Massnahmenbereiche untersucht (Kunz Heim & Mittag, 2016). Die Ergebnisse zeigen, dass in der Schule nach Einschätzung der Lehrkräfte die Bereiche "Gewaltprävention", "Bewegung und Entspannung" sowie "psychosoziale Gesundheit" die drei am weitesten verbreiteten Massnahmenbereiche sind. Es handelt sich somit gemäss Kunz Heim & Mittag um diejenigen Massnahmenbereiche, die das Lernklima der ganzen Klasse fördern. Der Bereich "Suchtprävention" kommt sodann an vierter Stelle, vor "sexuelle Gesundheit" und "Ernährung".

Die Ergebnisse einer im Jahr 2014 in der Schweiz durchgeführten qualitativen Umfrage zur bestehenden Suchtprävention bei Lernenden in KMU-Bildungsbetrieben deuten darauf hin, dass Suchtprävention nur in wenigen KMU geleistet wird und dass in der Sicht von vielen Betrieben Prävention und der Umgang mit Suchtproblemen nicht in die Zuständigkeit des Lehrbetriebes fallen (Schmid, Rodrick, & Marthaler, 2015). Stattdessen werden eher die Berufsschule und vor allem die Eltern für verantwortlich erklärt.

Exkurs: Die Kantone unterscheiden sich darin, wie über Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Bereich entschieden wird, wie sie konzipiert sowie organisiert werden und wie und durch wen sie in der Schule konkret umgesetzt werden. Als Beispiel: In den einzelnen Kantonen werden die Themen

²⁰ Die Szenarien für die Lehrkräfte der obligatorischen Schule und der Sekundarstufe II wurden im Bericht von Babel et al. (2015) nicht aktualisiert.

rund um Gesundheitsförderung und Prävention von Risikoverhalten in der Schule von unterschiedlichen Departementen und Kompetenzzentren (in unterschiedlicher Verantwortungskonstellation), mit unterschiedlichem Zentralisierungsgrad und unter unterschiedlicher Zusammenarbeit mit möglichen Partnern und Multiplikatoren in den Schulen behandelt. Eine vollumfängliche Bestandsaufnahme würde den Rahmen dieses Berichts daher sprengen.

3.3 Diskussion der Ergebnisse

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

Sofern die Bundesverfassung nicht den Bund für zuständig erklärt, sind es die 26 Kantone, die die Hauptverantwortung für das Schweizer Bildungswesen tragen.

Die Hauptaufgabe der Bildungseinrichtungen ist es, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowohl kognitive (z.B. Lese-, Schreib- oder Rechenfähigkeiten) als auch nicht-kognitive (z.B. Sozialkompetenzen) Fähigkeiten zu vermitteln, um sie auf ihre berufliche Zukunft vorzubereiten. So begleiten sie die Kinder und Jugendlichen in ihrer Identitätsfindung und auf ihrem Weg zur Eigenständigkeit. Auf diese Weise unterstützt die obligatorische Schule die Erziehung der Kinder und Jugendlichen durch ihre Eltern. Der öffentlichen obligatorischen Schule, welche etwa 95% der Schülerinnen und Schüler besuchen, kommt ausserdem eine wichtige Integrationsfunktion zu, denn Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichem sozialem und/oder kulturellem Hintergrund besuchen sie. Damit kann die Basis für Chancengerechtigkeit gelegt werden.

In der Schweiz erfolgt der Schuleintritt in der Regel im Alter von 4 Jahren (Kindergarten) und die obligatorische Schulzeit erstreckt sich über 11 Jahre (Kindergarten inbegriffen), also bis zum Alter von 15 bis 16 Jahren. Am Ende der obligatorischen Schule entscheiden sich die Jugendlichen entweder für den Übertritt in eine duale Berufslehre oder in eine rein schulische Bildungseinrichtung (gymnasiale Maturitäts- oder Fachmittelschulen). Nach Abschluss der Sekundarstufe II können sie ihren Bildungsweg in einer tertiären Bildungseinrichtung (höhere Fachschulen, Fachhochschulen und pädagogische sowie universitäre Hochschulen (inkl. ETH)) fortsetzen. Nach dem Eintritt in die Arbeitswelt können sie zudem bestehende Fähigkeiten und Wissen durch eine Weiterbildung ausbauen.

Diese sehr vereinfachte Beschreibung des Schweizer Bildungssystems vermag jedoch die strukturelle und inhaltliche Vielfalt der kantonalen Schulsysteme sowie die starke lokale Verankerung der Schule, insbesondere der obligatorischen Schule, nicht abzubilden. Die Harmonisierung der obligatorischen Schule (HarmoS-Konkordat) sowie die Umsetzung der sprachregionalen Lehrpläne durch zahlreiche Kantone, welche seit der Verankerung des Bildungsartikels in der Bundesverfassung im Gang sind, verringern die Unterschiede zwischen den Kantonen. Die Unterschiede bezüglich Struktur, Organisation und Inhalt der Bildung auf der Sekundarstufe II sowie auf der Tertiärstufe bleiben jedoch gross. Hinzu kommen interkantonale Unterschiede was die Ausbildung der Lehrpersonen angeht. Ausserdem unterscheiden sich die Kantone darin, wie über Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Bereich entschieden wird, wie sie konzipiert sowie organisiert werden und wie und durch wen sie in der Schule konkret umgesetzt werden.

Darüber hinaus führt die föderalistische Struktur des Schweizer Bildungssystems dazu, dass sich im Normalfall mit jeder höheren Schul- auch die betreffende Kompetenz- und/oder Organisationsstufe ändert. Zudem bilden auf jeder Handlungsebene (z.B. die Schule) die Vorgaben der übergeordneten Ebene (z.B. Gemeinde, Kanton) sowie die Ebenen-spezifischen Bedingungen den Rahmen für das Handeln der Akteure. Anders formuliert: jede Bildungseinrichtung befindet sich in einem spezifischen Kontext, welcher mitunter durch die übergeordneten Handlungsebenen bestimmt ist.

Welche Chancen und Opportunitäten gibt es für die (Tabak)prävention im Setting Bildung?

Vorab ist zu bemerken, dass die nachfolgenden Abschnitte auf der beschreibenden Literatur zum schweizerischen Schulsystem beruhen, und nicht auf den Ergebnissen der Befragung von Bildungsfachpersonen basieren.

Das Schweizer Bildungssystem birgt aufgrund seiner spezifischen Merkmale bestimmte Vorteile und Potenziale (für die allgemeinen, d.h. nicht nur für die Schweiz geltenden, theoretischen und praktischen Vorteile des Settings Bildung für die (Tabak)prävention siehe Kapitel 4.1).

Die überwiegende Mehrheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von etwa 4 bis 18 Jahren kann durch das Setting Bildung erreicht werden, denn einerseits besuchen 95% der Schülerinnen und Schüler die öffentliche obligatorische Schule (die übrigen ca. 5% besuchen eine private Schule) und nur rund 7% (im Jahr 2015) scheidern anschliessend ohne nachobligatorische Ausbildung und ohne Teilnahme an anderen Bildungsaktivitäten aus dem Bildungssystem aus.

Die Harmonisierung der Lehrpläne der obligatorischen Schule und die Koordination ihrer Lehrmittel auf sprachregionaler Ebene sind im Gange. Dies dürfte es erlauben, Präventionsprogramme zu entwickeln, die im Rahmen des Lehrplans in mehreren Kantonen im Unterricht umgesetzt werden können. Jedoch wäre es dann erforderlich, diese Programme an die jeweiligen kantonalen sowie lokalen Besonderheiten anzupassen (zu diesem Thema siehe nachfolgend unter "Hindernisse und Risiken").

Der Erwerb sogenannter "überfachlicher Kompetenzen" (z.B. Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit, kritische Reflexionsfähigkeit, Lern- und Problemlösefähigkeit) steht im Zentrum der sprachregionalen Lehrpläne. Die Feststellung, dass der (Sozial-) Kompetenzansatz bei der Tabakprävention bei den Jugendlichen die besten Chancen hat, effektiv zu sein (siehe Kapitel 4.2.3), dürfte dazu ermutigen, Präventionsmassnahmen (zur Umsetzung in der Schule im Rahmen des Lehrplans) zu entwickeln, die ebendiesen Ansatz beinhalten.

Die föderalistische Struktur des Schweizer Bildungssystems kann als "Erfahrungslabor" für die Prävention genutzt werden. Die Präventionsbemühungen, die in einem bestimmten Kanton umgesetzt werden, können als eine Art Pilotprojekt angesehen werden, das – nach Evaluation und Anpassungen – auch anderen Kantonen zur Umsetzung vorgeschlagen werden kann. Auch hier müssten allerdings gewisse Anpassungen an die kantonalen und lokalen Gegebenheiten und Bedürfnisse vorgenommen werden (zu diesem Thema siehe nachfolgend unter "Hindernisse und Risiken").

Welche Hindernisse und Risiken gibt es für die (Tabak)prävention im Setting Bildung?

Wie beim Thema "Chancen und Opportunitäten" beruhen die nachfolgenden Abschnitte auf der beschreibenden Literatur zum schweizerischen Schulsystem, und nicht auf den Ergebnissen der Befragung von Bildungsfachpersonen.

Wie bereits oben beschrieben führt die föderalistische Struktur des Schweizer Bildungssystems dazu, dass sich im Normalfall mit jeder höheren Schul- auch die betreffende Kompetenz- und/oder Organisationsstufe ändert. Für die Umsetzung langfristiger, sich über mehrere Schulstufen erstreckender Präventionsprogramme dürfte dies eine Herausforderung darstellen.

Trotz der fortgeschrittenen Harmonisierung der obligatorischen Schule zeichnen sich die kantonalen Schulsysteme nach wie vor durch eine strukturelle und inhaltliche Vielfalt aus. Dies betrifft die Struktur, die Organisation und den Inhalt der Bildung auf Sekundarstufe II sowie auf der Tertiärstufe, die Ausbildung der Lehrpersonen sowie die Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Umfeld.



Aktuelle empirische Daten zur Primar- und Sekundarstufe I legen nahe, dass die Bildungseinrichtungen insbesondere solche Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen priorisieren, welche auf Probleme abzielen, die einen direkten Einfluss auf das Schulklima, den Unterricht und die Schulleistungen haben können. Als Beispiel kann hier das Mobbing unter Schülerinnen und Schülern genannt werden. Demzufolge könnte die Tabakprävention im Vergleich zur Prävention anderer Probleme im schulischen Umfeld möglicherweise als weniger dringlich wahrgenommen werden.

Der Umgang mit Reformen und Neuerungen im Schulsystem wird von einem Teil der Lehrkräfte, die aufgrund ihres regelmässigen Austauschs mit den Schülerinnen und Schülern bevorzugt als Multiplikatoren angefragt werden, möglicherweise als Belastungen wahrgenommen.

4 Erfolgsversprechende Ansätze der Tabakprävention im Setting Bildung

4.1 Evidenzen für die Wirksamkeit von Tabakprävention im Setting Bildung

Wie bereits im Kapitel 1.1 ausgeführt, ist die Schule zweifelsfrei dasjenige Umfeld, indem am meisten Präventionsbemühungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen durchgeführt werden, vor allem was die universelle Prävention betrifft (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2010). Dies erklärt sich aus einer Reihe von Eigenschaften vor allem der obligatorischen Schule, die für Präventionsbemühungen im Vergleich zu anderen Settings besonders vorteilhaft sind. Die (obligatorische) Schule ist eine stark strukturierte und geregelte Institution, die durch die gesellschaftlich tief verankerte, praktisch universell akzeptierte Schulpflicht Zugang zu fast allen Kindern und Jugendlichen erhält, und zwar ungeachtet der sozio-ökonomischen Stellung ihrer Familien, zu denen sie ebenfalls einen privilegierten Zugang genießt (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Ausserdem können erzieherische Interventionen zur Substanzgebrauchsprävention relativ einfach in den schulischen Unterrichtsalltag eingebaut werden, der überdies auch einen kontinuierlichen Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen ermöglicht (Thomas et al., 2013; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2010). Die genannten Vorteile der Schule stossen aber auch an ihre Grenzen: Schulverweigernde Kinder und Jugendliche z.B. können auch von der Schule kaum – oder kaum mehr – erreicht werden, ebenso wie Jugendliche und junge Erwachsene mit Schwierigkeiten in den Berufseinstieg.

Die theoretischen und praktischen Vorteile des Settings Bildung für universelle Präventionsbemühungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erscheinen also offensichtlich. Trotzdem stellt sich die Frage nach der empirischen Evidenz für die Effektivität von gesundheitsfördernden Interventionen und Substanzgebrauchspräventionsmassnahmen im Allgemeinen – oder Tabakpräventionsinterventionen im Speziellen.

Im in Bühler und Thrul (2013, siehe auch Kapitel 4.2) zitierten Review von Wiehe et al. (2005) interessiert sich die Autorenschaft für langfristige Effekte schulbasierter Tabakpräventionsbemühungen, konnten jedoch nur wenige entsprechende Evaluationsstudien ausfindig machen. Sie kommen zum Schluss, dass keine Evidenz für die langfristige Wirksamkeit der untersuchten Programme gefunden werden kann.

Saraf et al. (2012) befassen sich in ihrem Review mit Evaluationsstudien zu schulbasierten Präventionsbemühungen zu Hauptrisikofaktoren (mangelnde Bewegung, Übergewicht, Rauchen) der häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten. Sie berichten, dass in 80% der von ihnen in Betracht gezogenen Evaluationsstudien signifikante positive Effekte nachweisbar sind. Von den zwölf berücksichtigten Tabakpräventionsevaluationen konnten neun signifikante positive Effekte ausweisen.

Thomas et al. (2013) führten einen der wohl umfassendsten und methodologisch qualitativ hochstehendsten Reviews zu schulbasierten Rauchpräventionsinterventionen durch, der insgesamt 134 Studien aus den Jahren 1966 bis 2012 umfasste, und in dessen Rahmen die Autorenschaft die Daten von über 50 (cluster-)randomisierten kontrollierten Studien mit insgesamt mehr als 250 Tausend Teilnehmenden zwischen 5 und 18 Jahren in einer Vielzahl verschiedener Metaanalysen nachuntersuchten, die je nach Datenverfügbarkeit verschiedene Subsets an Studien enthielten.

In Metaanalysen untersuchten sie (Thomas et al., 2013) die Wirksamkeit von Tabakpräventionsinterventionen in Bezug auf einen verhinderten Raucheinstieg ("pure prevention cohort"). Sie extrahierten hierzu von 49 Studien mit entsprechend verfügbaren Daten die Information zu den Schülerinnen und Schülern, die zu Studienbeginn ("at baseline", d.h. vor der Intervention) in ihrem Leben noch nie geraucht hatten, und verglichen zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen die Anteile derer, die auch zum Zeit-

punkt der Nachuntersuchungen bis zu einem Jahr nach der Intervention oder länger in ihrem Leben noch nie geraucht hatten.

Während in den folgenden Kapiteln auf die Ergebnisse von Thomas et al. (2013) zu einzelnen Präventionsansätzen eingegangen wird, seien hier die Resultate ihrer über alle verschiedenen Studien hinweg gepoolten Metaanalysen erwähnt. Dabei weisen sie nach, dass bei den spätesten verfügbaren Nachuntersuchungen in den Interventionsgruppen signifikant weniger Schülerinnen und Schüler mit dem Rauchen angefangen hatten als in den Kontrollgruppen ("pure prevention cohort" Metaanalyse). Sie berechneten hier eine durchschnittliche Risikoverminderung für den Raucheinstieg von 12%. In Bezug auf die Nachuntersuchungen bis zu einem Jahr nach der Intervention konnten Thomas et al. (2013) aber keinen signifikanten Effekt nachweisen.

In einer weiteren Reihe gepoolter Metaanalysen kamen Thomas et al. (2013) zu wenig erfreulichen Resultaten: In einem zweiten Dataset mit insgesamt 15 Studien analysierten sie die Wirksamkeit schulbasierter Präventionsbemühungen in Bezug auf das Rauchverhalten aller Schülerinnen und Schüler ("change in smoking behaviour over time"). Über alle berücksichtigte Studien hinweg konnten sie für die spätesten verfügbaren Nachuntersuchungen (mind. ein Jahr nach der Intervention) keinen signifikanten Effekt nachweisen – für die Nachuntersuchungen bis zu einem Jahr fanden sie gar einen zwar schwachen, aber dennoch signifikanten negativen Zusammenhang: Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppen, hatten zum Zeitpunkt der frühen Nachuntersuchungen bis zu einem Jahr nach der Intervention eine leicht höhere Wahrscheinlichkeit, geraucht zu haben, als diejenigen in der Kontrollgruppen, bei denen keine Intervention durchgeführt worden war.

Die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung *im Allgemeinen* scheint also nicht unbedingt gegeben zu sein. Auch konnte keine Studie ausfindig gemacht werden, in der allgemein die Effektivität entsprechender Interventionen im Setting Bildung mit derjenigen von Interventionen in anderen Settings verglichen worden wäre. Allerdings wäre ein solcher Vergleich auf der Metaebene aller möglichen Interventionen aufgrund methodologischer Unwägbarkeiten wohl weder durchführbar noch sinnvoll. Vielmehr muss es darum gehen, Erfolgs- und Misserfolgskriterien von Präventionsbemühungen in den einzelnen Settings zu identifizieren. Sowohl Thomas et al. (2013) als auch eine Reihe anderer Autoren von Metaanalysen, Reviews und einzelnen Evaluationsstudien haben weitere entsprechende Analysen durchgeführt, deren Resultate in den folgenden Kapiteln aufgearbeitet werden.

4.2 Evidenzen für die Wirksamkeit verschiedener Arten der Tabakprävention im Setting Bildung

Es gibt weltweit eine Vielzahl von Aktivitäten und Angeboten, die mit ganz unterschiedlichen Ansätzen und Methoden auf die Prävention verschiedener Risikoverhalten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgerichtet sind. Aus den im Kapitel 4.1 erläuterten Gründen sind eine Mehrheit dieser Präventionsbemühungen im Setting Bildung angesiedelt, viele davon wurden in wissenschaftlichen Studien auf ihre Wirksamkeit hin überprüft.

Die bisher durchgeführten Studien zeigen im Grossen und Ganzen, dass schulbasierte Präventionsaktivitäten und -angebote vor allem dann wirksam sind, wenn sie die Schülerinnen und Schüler aktiv und interaktiv miteinbinden, an den Entwicklungsstand der Jugendlichen angepasst sind und über eine längere Periode hinweg andauern (Bantuelle & Demeulemeester, 2008; Chambon & Morel, 2015).

Die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat 2013 eine umfassende Aufarbeitung des damaligen wissenschaftlichen Erkenntnisstands zur Wirksamkeit von Präventionsaktivitäten und -angeboten im Suchtbereich herausgegeben (Bühler & Thruhl, 2013). Diese umfasst die wissenschaftlichen Veröffentlichungen aus den Jahren 2004 bis 2012. Sie diente der im Rahmen dieses Forschungsbe-

rechts unternommenen Literaturrecherche als Ausgangspunkt. Dieser Wissensstand wird im Folgenden in umfassender Weise aufgearbeitet und mit neueren Erkenntnissen ergänzt, die aus (systematischen) Reviews und Metaanalysen (siehe auch Anhang VI) gezogen werden konnten. Wie im Methodenteil (Kapitel 2) erklärt, wurde die ergänzende Literaturrecherche entsprechend auf den Publikationszeitraum seit 2013 beschränkt und die Recherche im August 2016 durchgeführt. Die Ergebnisse von Einzelstudien aus demselben Zeitraum sind dem Anhang VII zu entnehmen.

Es sei an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen, dass für die vorliegende Aufarbeitung nur Präventionsaktivitäten und -angebote berücksichtigt werden, die im Setting Bildung (wie im Kapitel 1.2 definiert) angesiedelt sind und sich an Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene richten. Nicht berücksichtigt werden hingegen Aktivitäten und Programme, die sich zwar ebenfalls an Kinder und Jugendliche richten, aber nicht im Bildungsbereich durchgeführt werden oder Interventionen, die sich primär an Erwachsene im Setting Bildung richten, also etwa an Lehrpersonen und andere Angestellte im Bildungsbereich.

Praktisch alle Untersuchungen zu Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung beziehen sich auf die Effektivität derselben. In der Literaturrecherche konnten praktisch keine Untersuchungen zur Effizienz oder Kosteneffizienz von Präventionsbemühungen gefunden werden.

Im Folgenden werden zunächst die wissenschaftlichen Evidenzen zur Wirksamkeit von Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung aus dem aktuellen Stand der Literatur aufgearbeitet. Diese Aufarbeitung geschieht strukturiert anhand von Fragen zur Ausgestaltung von Präventionsbemühungen, welche die im Kapitel 2.1.4 dargelegten Dimensionen von Präventionsbemühungen widerspiegeln.

4.2.1 *Unimodale vs. multimodale Tabakprävention im Setting Bildung*

Tabakpräventions- und andere gesundheitliche Präventionsbemühungen im Bildungsbereich können entweder nur in diesem Setting, d.h. exklusiv innerhalb des schulischen Umfelds angesiedelt sein (im Folgenden *unimodale* Interventionen genannt), oder darüber hinaus breiter abgestützt sein, also mittels Einbezug auch von Akteuren der anderen Settings 'Familie' und 'Freizeit', beispielsweise von Eltern oder Jugendsportverbänden, durchgeführt werden (im Folgenden *multimodale* Interventionen genannt).

In einem Review (2012a) und Metareview (2012b) untersuchten Jackson et al. Interventionen, welche die Prävention von Tabak- und anderem Substanzgebrauch und von sexuellem Risikoverhalten zum Ziel hatten. Sie berichten, dass solche multifokale Präventionsbemühungen vor allem dann erfolgreich sein können, wenn sie nicht nur rein schulbasiert umgesetzt werden, sondern auch Risiko- und Schutzfaktoren in anderen Settings angehen, etwa im schulnahen, aber auch im familiären Umfeld der Jugendlichen.

Flynn et al. (2015) analysierten in ihrem Review sechs unabhängige Wirkungsstudien zu multifokalen (nicht nur auf Tabak beschränkte), nur-schulbasierte Präventionsprogramme in US-amerikanischen Middle-Schools (Alter der Schulkinder ca. 10 bis 13 Jahre). Keine dieser Studie konnte einen signifikanten Effekt solcher Präventionsprogramme nachweisen.

Langford et al. (2015) schätzen aufgrund ihres Reviews und einer Metaanalyse, dass Schülerinnen und Schüler an Schulen, die einen gemäss dem WHO-Framework "Health Promoting Schools" breit abgestützten Ansatz der Gesundheitsförderung verfolgen, durchschnittlich eine um 23% geringere Wahrscheinlichkeit aufweisen, zu rauchen.

In ihrem Metareview (review of reviews) schliessen Shackleton et al. (2016), dass multimodale Interventionen das Rauchen (nicht aber den Einstieg) bei Jugendlichen verringern können, und zwar unabhängig davon, ob die Interventionen spezifisch auf Tabak oder multifokal ausgerichtet sind. Sie scheinen aber weniger geeignet zu sein, den Raucheinstieg zu verhindern. Gestützt auf Müller-Riemenschneider (2008)

kommt die Autorenschaft zum Schluss, dass Interventionen, die in der Schule verankert sind und auch andere Settings (Familie, Gemeinwesen) miteinbeziehen, sich langfristig positiv auf ein vermindertes Rauchen auswirken können.

4.2.2 *Monofokale vs. multifokale Tabakprävention im Setting Bildung*

Verschiedene Präventionsbemühungen zielen nicht nur exklusiv auf den Tabakkonsum (*monofokale* Tabakpräventionsbemühungen), sondern verfolgen einen breiteren Ansatz zur Prävention des Gebrauchs verschiedener psychoaktiver Substanzen und/oder anderer, multipler Risikoverhalten (*multifokale* Tabakpräventionsbemühungen).

Bereits im Kapitel 4.2.1 wurden der Review und Metareview der Autorenschaften um Jackson (2012a; 2012b) erwähnt, die sich mit Evaluationsstudien von Interventionen beschäftigen, welche die Prävention von Substanzgebrauch (inklusive Tabakkonsum) oder von sexuellem Risikoverhalten zum Ziel hatten, die im Setting Bildung und/oder in anderen Settings implementiert worden waren. Sie kommen zum Schluss, dass multifokale Präventionsbemühungen vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie mehrere Risikofaktoren und Schutzmechanismen gleichzeitig angehen, in mehreren Settings verankert sind, und nicht nur auf reiner Informationsvermittlung beruhen.

In ihrer umfangreichen Metaanalyse untersuchten Thomas et al. (2013, weitere Erklärungen siehe Kapitel 4.1) Evaluationsstudien zu reinen Tabakpräventionsbemühungen und zu Interventionen, die auf die Prävention des Tabak- und des Gebrauchs anderer Substanzen abzielten (Alkohol, und/oder illegale Substanzen). Ihre Analysen zeigen für monofokale Tabakpräventionsbemühungen einen positiven Befund bezüglich der langfristigen Verhinderung des Raucheinstiegs. Bei den multifokalen Tabakpräventionsbemühungen zeigten die Metaanalysen über alle untersuchten Studien hinweg keinen signifikanten Befund, und nur in der Untergruppe der Studien, deren Interventionen auf dem Sozialkompetenzansatz beruhten, konnte ein signifikant positiver Effekt auf die langfristige Verhinderung des Raucheinstiegs nachgewiesen werden.

Hale et al. (2014) führten einen umfangreichen, systematischen Literaturreview durch, in den die Resultate von 44 (cluster-)randomisierten kontrollierten Studien einfließen, die in über 50 verschiedenen Artikeln zwischen 1980 und 2012 veröffentlicht wurden. Die Studien bezogen sich auf Interventionen, die mindestens auf zwei gesundheitliche Risikoverhalten (darunter Tabakkonsum) abzielten und mit Schülerinnen und Schülern bzw. Studierenden im Alter von 10 bis 21 Jahren durchgeführt wurden. Die Review-Autoren kommen zum Schluss, dass Präventionsbemühungen, die sich auf mehrere Risikoverhalten beziehen, meist einen kleinen, aber dennoch statistisch signifikanten Effekt erzielen können, die mit den Effekten vergleichbar sind von Präventionsbemühungen, die sich z.B. nur aufs Rauchen oder ein anderes, einzelnes Risikoverhalten beziehen. Weiter stellen Hale et al. fest, dass Interventionsprojekte, die eigentlich "nur" auf den (multiplen) Substanzgebrauch abzielen, auch bezüglich anderer gesundheitlicher Risikoverhalten Effekte zeigen können. Von besonderem Interesse scheint auch ihr Befund, dass sich die präventiven Effekte thematisch breit angelegter Interventionen bei mehreren Nachuntersuchungen im Zeitverlauf häufig zunächst auf eine bestimmtes Risikoverhalten beschränken, dann aber auch bei anderen Risikoverhalten bemerkbar werden, und die Effekte zudem mit der Zeit stärker werden. Dies steht im Widerspruch zu früheren Befunden in der Fachliteratur, wonach präventive Effekte universeller Interventionen im Schulbereich vor allem kurz nach der eigentlichen Intervention beobachtbar sind, sich danach aber abschwächen oder gar ganz verschwinden (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger, 2011).

4.2.3 Präventionsansätze im Bereich Tabak im Setting Bildung

Im Setting Bildung werden Präventionsmassnahmen und -aktivitäten durchgeführt, die auf den unterschiedlichsten theoretischen Ansätzen beruhen. Dabei kann man nach herkömmlicher Weise zwischen verhältnis- und verhaltenspräventiven Präventionsbemühungen unterscheiden: Erstere umfassen strukturelle Massnahmen wie Rauchverbote und Preisregulierungsmechanismen, letztere zielen auf eine kognitiv oder intuitiv veranlasste Verhaltensänderung pädagogische und psychologische Mechanismen (siehe Kapitel 2.1.4).

Rodgers (2012) führte einen Review zu Tabakpräventionsbemühungen an amerikanischen Universitäten durch, die mehrere verhältnis- oder verhaltenspräventive Ansätze verfolgen, in dem er aber auch Studien berücksichtigte, die keine randomisierte Kontrollgruppen aufwiesen. Er schliesst aus den untersuchten Studien, dass Interventionen, die auf mehreren Ansätzen fussen, zu einem verringerten Tabakkonsum auf dem Universitätsgelände, zu mehr Rauchstoppversuchen und zu weniger Rückfällen nach Rauchstoppversuchen führen konnten.

Im Folgenden wird nun der Stand der wissenschaftlichen Evidenz zu den verschiedenen verhältnis- und verhaltenspräventiven Ansätzen dargelegt.

Strukturelle Massnahmen (Verhältnisprävention)

Verhältnispräventive Massnahmen wie Preisregulierung und gesetzliche Konsumeinschränkungen gelten in Bezug auf viele Risikoverhalten im Allgemeinen als relativ effektiv und kosteneffizient (Chambon & Morel, 2015). Im Setting Bildung stehen dabei Rauchverbote und deren Durchsetzung zur Debatte. Diese können räumlich und zeitlich generell (z.B. auf dem ganzen Schulareal, jederzeit) oder spezifisch (z.B. nur innerhalb der Gebäude, mit oder ohne Raucherräume, nur zu den regulären Schulzeiten) sein, nur die Schülerinnen und Schüler oder auch die Lehrpersonen und andere Angestellte und/oder Besucher betreffen, sie können sich nur auf das Rauchen von Tabak beziehen, oder auf jegliche Art des Tabak- oder Nikotingebrauchs oder auch noch weitere Substanzen oder Verhalten miteinschliessen. Ausserdem können die entsprechenden Regelungen auf unterschiedlichen Normstufen (z.B. Schulreglement, gesetzliche Bestimmung) verankert sein und unterschiedlich konsequent durchgesetzt werden (Kontroll- und Sanktionsmechanismen).

Bühler und Thrul (2013) zitieren in ihrer Expertise Piontek et al. (2007), die in einem Review zur Auswirkung der Einführung formeller Rauchverbote an Schulen eine erhebliche Forschungslücke beklagen. Die verfügbaren Forschungsergebnisse wiesen aber in die Richtung, dass die alleinige Inkraftsetzung von Rauchverboten an Schulen keine präventiven Effekte auf das Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler habe.

In einem systematischen Review, der ebenfalls in Bühler und Thrul (2013) zitiert wird, untersuchten Fletcher et al. (2008) sogenannte Whole-School-Präventionsprogramme, die auf der schulsystemischen Ebene ansetzen und auf eine Verbesserung des Schulklimas, der Organisationsstrukturen und der Implementierung regulatorischer Massnahmen und deren Umsetzung zielen. Die Ergebnisse ihres Reviews deuten auf gewisse Erfolgschancen des Whole-School-Ansatzes zur Tabakprävention hin. Verschiedene entsprechende Projekte, die in der Regel auch strukturelle Komponenten wie Rauchverbote auf dem Schulgelände beinhalten und in den USA, Niederlanden und Australien untersucht worden waren, zeigten nachweisliche positive Effekte in Bezug auf das Rauchverhalten von Schülern (weniger aber von Schülerinnen). Aus den Studien wurde jedoch nicht klar, inwiefern spezifisch die strukturelle Komponente des Whole-School-Ansatzes zu diesem Erfolg beitragen konnte.

Galanti et al. (2014) und Coppo et al. (2014) führten systematische Reviews zum Effekt von Rauchverboten und deren Umsetzung in Schulhäusern und/oder auf dem Schulgelände auf das Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler durch, konnten aber nur wenige wissenschaftlich hochwertige Studien zu diesem Thema ausfindig machen. Die Ergebnisse der verfügbaren Studien deuten zwar darauf hin, dass bei klaren Rauchregelungen, umfassenden Rauchverboten und einer strikten Umsetzung derselben die Schülerinnen und Schüler zumindest in oder an der Schule weniger rauchen. Es gibt aber kaum gesicherte Hinweise darauf, ob dadurch auch insgesamt ein verringerter Tabakkonsum der Jugendlichen erreicht werden kann, oder ob die Rauchverbote nicht einfach nur zu einer räumlichen Verlagerung führen, die Jugendlichen also entsprechend eher oder mehr ausserhalb der Rauchverbotszonen rauchen (Coppo et al., 2014).

Verhaltenspräventive Ansätze

Verhaltenspräventive Interventionen können je nach theoretischem Ansatz in verschiedene Kategorien unterteilt werden. Im Folgenden verwenden wir in Anlehnung an Thomas et al. (2013) eine grobe Unterscheidung (siehe Kapitel 2.1.5 für nähere Erläuterungen):

- Information
- Sozialkompetenz
- Soziale Einflussnahme

In ihrer in Bühler & Thrul (2013) zitierten Metaanalyse zu schulbasierten Rauchpräventionsprogrammen in den USA verwenden Hwang et al. (2004) eine etwas andere Kategorisierung verhaltenspräventiver Ansätze. Sie kommen zum Schluss, dass die besten Präventionseffekte durch Programme erzielt werden, die auf kognitiv-behaviorale Elementen oder Lebenskompetenzansätzen beruhen.

In einem ebenfalls in Bühler & Thrul (2013) zitierten Review zu rein informationsbasierten Tabakpräventionsmassnahmen in Südkorea kommen Park et al. (2006) zum Schluss, dass solche Präventionsbemühungen das Rauchverhalten der Jugendlichen nicht beeinflussen können.

Wie im Kapitel 4.1 erwähnt berichten Thomas et al. (2013), über alle von Ihnen in der Metaanalyse berücksichtigten Studien hinweg von einem langfristig positiven Effekt von schulbasierten Präventionsbemühungen auf die Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs von Schülerinnen und Schülern. In näheren, nach Ansatz getrennten Metaanalysen wird klar, dass dieser Befund vor allem denjenigen Evaluationsstudien geschuldet ist, die sich auf Interventionen beziehen, die auf dem Sozialkompetenzansatz oder einer Kombination aus Sozialkompetenz- und Ansatz der sozialen Einflussnahme beruhen. Die auf andere Ansätze (nur Information, nur soziale Einflussnahme, andere Kombinationen von Ansätzen) beschränkte Metaanalysen zeigen demgegenüber keine statistisch signifikanten Befunde.²¹ Studien, die sich auf Interventionen beziehen, die den Sozialkompetenz- mit dem Ansatz der sozialen Einflussnahme kombinieren, bilden in den Metaanalysen von Thomas et al. (2013) auch die einzige Untergruppe, bei denen ein signifikanter positiver Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppen schon bei den Nachuntersuchungen bis zu einem Jahr nach Intervention zu beobachten ist.

Weitere Metaanalysen von Thomas et al. (2013), bei denen die Daten zum Rauchverhalten aller Schülerinnen und Schüler berücksichtigt wurden ("change in smoking behaviour over time", verfügbar von 15 Studien), bestätigen die langfristige Wirksamkeit (d.h. bei Nachuntersuchungen nach mindestens einem Jahr nach Intervention) von sozialkompetenzbasierten Interventionen und einen signifikanten kurzfristigen Effekt (d.h. bei Nachuntersuchung bis zu einem Jahr nach Intervention) von Interventionen, die auf einer

²¹ Die genannten Befunde bleiben auch in den von Thomas et al. (2013) durchgeführten Sensitivitätsanalysen gleich, bei denen nur Studien berücksichtigt wurden, die besonders hohen wissenschaftlichen Qualitätsstandards genügen.

Kombination aus Sozialkompetenz- und Ansatz der sozialen Einflussnahme basieren. Zu Interventionen der reinen Wissensvermittlung konnten jedoch auch hier keine signifikanten Effekte ausgemacht werden, während bei Präventionsbemühungen, die auf dem Ansatz der sozialen Einflussnahme beruhen, ein schwacher, aber doch signifikant negativer Effekt ausgemacht wurde, d.h. die Schülerinnen und Schüler von Interventionsgruppen hatten durchschnittlich nicht eine tiefere, sondern eine *höhere* Wahrscheinlichkeit zu rauchen, als Schülerinnen und Schüler der Kontrollgruppen.

4.2.4 Vermittlung von Tabakprävention im Setting Bildung

Neben der Dimension der theoretischen Fundierung befassen sich einige Reviews zur Tabakprävention auch mit charakteristischen Elementen der praktischen Umsetzung derselben. Dabei geht es vor allem um die eigentliche Vermittlung der Prävention durch bestimmte Personengruppen (Multiplikatoren) und unter Verwendung bestimmter Medien. Weitere Studien befassen sich mit der Länge und Intensität von Präventionsinterventionen, sowie mit der Wirksamkeit Nichtraucherwettbewerben.

Vermittlungspersonen (Multiplikatoren)

Das langjährige US-amerikanische Programm DARE (Drug Abuse Resistance Education), das sich unter dadurch auszeichnet, dass das Programm von uniformierten Polizisten in der Schule durchgeführt wird, konnte gemäss einer Metaanalyse von West et al. (2004, zitiert in Bühler & Thrul 2013) kaum präventive Effekte entfalten und wird als ineffektiv eingestuft.

Thomas et al. (2013) führten Metanalysen von Studien durch, die sich auf Interventionen bezogen, die entweder von Erwachsenen (z.B. Lehrpersonen, Gesundheitsfachpersonen, Polizisten) oder von Peers (anderen Jugendlichen) durchgeführt wurden. Ihre Resultate deuten darauf hin, dass von Erwachsenen vermittelte Präventionsbemühungen eher erfolgreich sind, als von Peers durchgeführte Interventionen. Dies ist insbesondere für Interventionen der Fall, die auf dem Sozialkompetenzansatz oder einer Kombination des Sozialkompetenz- und des Ansatzes der sozialen Einflussnahme beruhen.

Vermittlungsmedium

Computer, Smartphones, Internet, soziale Medien – in den letzten Jahren wurden elektronische Medien und virtuelle Welten immer stärker auch Teil der Lebenswelt von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In nicht wenigen Tabak- und anderen gesundheitlichen Präventionsbemühungen wurde bereits versucht, die neuen technischen Hilfsmittel zu nutzen. Mit Champion et al. (2013) liegt auch ein erster systematischer Review vor zu Evaluationsstudien solcher schulbasierter Interventionen. Dabei berücksichtigten sie insgesamt zwölf Studien, von denen sich aber nur ein Teil auf Tabakprävention bezog und ein wissenschaftlich hochwertiges Design mit randomisierten Kontrollgruppen aufwies. Die Autorenschaft des Reviews kommt zum Schluss, dass computer- und internetgestützte Präventionsinterventionen mindestens so effektiv sein können wie herkömmliche Präventionsinterventionen. Ausserdem erleichterten Computer und Internet den Zugang und die Durchführung der Interventionen, sowie die Verankerung und Verknüpfung derselben über das Setting der Schule hinaus (z.B. Einbezug der Eltern).

Länge und Intensität der Intervention

Thomas et al. (2013) unterscheiden in ihren Metaanalysen zwischen Studien zu schulbasierten Präventionsbemühungen, bei denen eine gewisse Zeit nach der eigentlichen Intervention eine oder mehrere Nachinterventionen zur Auffrischung ("Booster") durchgeführt wurden, und anderen, bei denen keine solche Auffrischung erfolgte. Dabei finden sie signifikant positive Effekte auf die Verhinderung des Raucheinstiegs von Interventionen mit Auffrischung, aber nur bei denjenigen Interventionen, die auf einer Kombination der Ansätze der Sozialkompetenz und der sozialen Einflussnahme beruhen, nicht aber bei

Interventionen mit anderen theoretischen Ansätzen. Thomas et al. zeigen sich denn auch enttäuscht über den nur in gewissen Studien nachweisbaren positiven Effekt der aufwandintensiven Auffrischungen. Dennoch sei hier angemerkt, dass sie in ihren Metaanalysen zu den Studien zu Interventionen *ohne* Auffrischung in keiner der von ihnen betrachteten, nach theoretischem Ansatz der Intervention getrennten Untergruppen von Studien einen signifikanten Effekt derselben auf einen verhinderten Raucheinstieg nachweisen konnten, was doch wiederum zumindest als ein *relativer* Erfolg von Nachinterventionen schliessen liesse.

Hale et al. (2014) zeigen sich ihrem umfangreichen, systematischen Literaturreview (siehe Kapitel 4.2.2) zu multifokalen Präventionsbemühungen (Tabakprävention kombiniert mit Prävention mind. einer anderen Risikoverhaltensweise) zwar skeptisch gegenüber einem direkten Zusammenhang zwischen der absoluten Länge einer Präventionsintervention und deren Effektivität. Für Interventionen aber, die tatsächlich einen präventiven Effekt entfalten, gehen sie doch davon aus, dass dieser Effekt durch Auffrischungen verstärkt wird und auch über eine längere Zeit hinweg anhalten kann.

Anreize

Seit nunmehr ungefähr 20 Jahren werden in vielen, vor allem europäischen Ländern Wettbewerbe durchgeführt, zu denen sich Schulklassen anmelden und zur Einhaltung eines klar definierten Ziels bezüglich des Nichtrauchens bekennen können. Die Schülerinnen und Schüler der Klassen werden dann in regelmässiger, während etwa einem halben Jahr zu ihrem Rauchverhalten befragt. Diejenigen Klassen, die die vorgegebene Zielsetzung erreichen (meist ein Nichtraucheranteil von mind. 90% zu jedem Zeitpunkt der Befragungen) nehmen am Ende des Schuljahres an der Verlosung von Preisen teil, etwa eines finanziellen Zustupfs zur Klassenkasse. Entsprechende Programme wurden in der EU unter dem Titel "Smokefree Class Competition" bis 2009 von der Europäischen Kommission gefördert und sind in Deutschland unter dem Namen "Be Smart, Don't Start" und in der Schweiz als "Experiment Nichtrauchen" bekannt. Daneben gibt es auch andere schulbasierte Präventionsprogramme, die finanziellen oder Sachanreize verwenden, um den Raucheinstieg von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verhindern. Je nach Programm werden diese Anreize unter den erfolgreichen "rauchfreien" Klassenverbänden oder Individuen verteilt oder verlost.

In ihrer Expertise führen Bühler und Thrul (2013) zwei Reviews bzw. Metaanalysen an, die Evaluationsstudien zu anreizbasierten schulbasierten Präventionsbemühungen nachuntersuchten: Isensee et al. (2012), die sich explizit auf Evaluationen zu "Smokefree Class Competitions" beschränkten und Johnston et al. (2012), die in ihrem Review zwar auch andere Studien berücksichtigten, in ihren Metaanalysen aber aus Qualitätsgründen ebenfalls nur Evaluationen zu Klassenwettbewerben berücksichtigen konnten. In den weiteren Literaturrecherchen konnten keine neueren qualitativ genügende Evaluationsstudien zum Thema ausfindig gemacht werden.

Die in Bühler und Thrul (2013) zitierten Autorenschaften kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen: während Isensee et al. (2012) von einer breiten Evidenz für die Effektivität der Klassenwettbewerbe sprechen, schliessen Johnston et al. (2012) aus ihren Untersuchungen, dass es keine genügende wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von anreizbasierten schulbasierten Rauchpräventionsbemühungen gebe. Johnston et al. (2012) erklären ihren widersprüchlichen Befund mit strengeren Auswahlkriterien für den Einschluss in ihre Metaanalysen (im Vergleich zu Isensee & Hanewinkel, 2012) und mit einem methodologisch adäquateren Vorgehen (z.B. statistische Berücksichtigung des Designeffekts der Klumpenstichproben, Berücksichtigung nur derjenigen Schülerinnen und Schüler, die zu Wettbewerbsbeginn *nicht* rauchten). Bühler und Thrul (2013) ihrerseits interpretieren die Befunde dahingehend, dass Klassenwettbewerbe auf das Rauchverhalten ganzer Klassenverbände nachweisbar positive Effekte haben könne, ein signifikanter Effekt auf die Verhinderung des Raucheinstiegs sei jedoch nicht belegbar.

4.2.5 Evidenzen zu selektiver und indizierter Tabakprävention im Setting Bildung

Selektive Präventionsmassnahmen richten sich an Jugendliche, die zu Gruppen gehören, die statistisch gesehen eine höhere Wahrscheinlichkeit für bestimmte Risikoverhalten wie Tabakkonsum aufweisen. Indizierte Präventionsmassnahmen richten sich demgegenüber an gezielt an Jugendliche, die individuell Anzeichen eines bestimmten Risikoverhaltens aufweisen, z.B. bereits gelegentlich rauchen.

Bühler und Thurl (2013) zitieren in ihrer Expertise die Einzelstudie von Sherman et al. (2009) zu vier schulbasierten Präventionsprogrammen, die vom US-amerikanischen nationalen Krebsinstitut (National Cancer Institute) als "Research Tested Intervention Programs" klassifiziert worden und auf Gruppen von Jugendlichen mit erhöhtem Raucherrisiko ausgerichtet waren. Sie kommen zum Schluss, dass Präventionsbemühungen besonders dann erfolgreich seien, wenn sie auf bestimmte demografische Gruppen abzielten.

Sussman et al. (2014) interessieren sich in ihrem Review für Substanzgebrauchs-Präventionsbemühungen in Kleinklassen, Sonderklassen oder Sonderschulen für erziehungsschwierige, lernschwache und/oder leistungsbehinderte Kinder, für welche bezüglich des Substanzkonsums eine besondere Gefährdung angenommen wird. Bedauerlicherweise wird die Aussagekraft ihres Reviews durch die Berücksichtigung von Evaluationsstudien geschmälert, die zum Teil schwerwiegenden methodologischen Mängel (keine Kontrollgruppen, sehr kleine Stichproben, etc.) aufweisen, und es wird auch nicht immer klar, inwiefern es sich in den untersuchten Interventionen tatsächlich um selektive oder indizierte Präventionsinterventionen handelt.²² Sie kommen zum Schluss, dass in Sonderschulen und -klassen selektive oder indizierte Programme zur Konsumverminderung oder Rauchstopp erfolgreich sein können, insbesondere wenn Ansätze der Informationsvermittlung, Sozialkompetenz und soziale Einflüsse und Normen kombiniert werden.

4.2.6 Altersspezifische Evidenzen zur Tabakprävention im Setting Bildung

Tabakpräventionsaktivitäten und -angebote werden in verschiedenen Schulstufen durchgeführt und richten sich ja nach Stufe an verschiedene Altersgruppen der Zielgruppe von Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, in ganz unterschiedlichen Entwicklungsstadien. Es liegt somit auf der Hand, dass effektive Tabakpräventionsbemühungen und die eingesetzten pädagogischen Mittel an die spezifische Altersgruppe bzw. Entwicklungsstufen angepasst sein müssen (Chambon & Morel, 2015).

Interessanterweise findet sich unter den bei der Literaturrecherche identifizierten Übersichtsarbeiten keine einzige, welche den empirischen Wissensstand zur Effizienz von Präventionsbemühungen im Setting Bildung nach Schulstufen und/oder Altersgruppen der Zielgruppe aufarbeiten würde. Es können deshalb hier nur Randbefunde aus Reviews angeführt werden, deren Hauptaugenmerk auf anderen Charakteristika der untersuchten Evaluationsstudien lag.

In ihrem im Kapitel 4.2.1 erwähnten Review weisen Langford et al. (2015) darauf hin, dass zwei der effektivsten Interventionen zur Substanzgebrauchs- und Gewaltprävention, die sie untersuchten, bereits in der Grundschule ansetzen. Dies könne dahingehend interpretiert werden, dass die frühe Intervention bei Kindern zur Prävention von deren späteren Risikoverhalten im Teenagealter dienen könne.

²² So scheinen z.T. auch Studien berücksichtigt worden zu sein, die sich auf Interventionen beziehen, die an Berufsschulen (eng. "vocational (high) school") durchgeführt wurden, die zumindest im schweizerischen und europäischen Kontext nicht als Sonderschulen gelten können.

In ihrem in Bühler und Thurl (2013) zitierten Review zum Whole-School-Ansatz erwähnen Fletcher et al. (2008) (siehe Kapitel 4.2.3), dass die aufgeführten Resultate dahingehend interpretiert werden könnten, dass Massnahmen zur Verbesserung des Schulklimas als Ergänzung zu schulhausweiten unterrichtsbasierten Präventionsbemühungen besonders vielversprechend seien für die Prävention des Substanzgebrauchs von Jugendlichen nach deren Übertritt in die Sekundarstufe.

4.2.7 Geschlechterspezifische Evidenzen zur Tabakprävention im Setting Bildung

Neben dem Alter und dem damit verbundenen Entwicklungsstand scheint aus theoretischer Warte auch Gender eine soziologische Hauptkomponente zu sein, die es bei Präventionsbemühungen zu berücksichtigen gälte (Zenker, 2010). Dennoch werden Gender und Geschlecht in nur wenigen Evaluationsstudien zu Tabakpräventionsbemühungen explizit angesprochen, selten werden Resultate allgemeiner Präventionsmassnahmen für Mädchen und Jungen getrennt berichtet, und es gibt kaum Studien, die entsprechende mädchen- oder jungenspezifische schulbasierte Interventionen nach wissenschaftlichen Kriterien untersucht hätten (De Kleijn et al., 2015). Dementsprechend gibt es auch kaum empirisch gesicherte Erkenntnisse über die geschlechterspezifische Wirksamkeit schulbasierter Tabakprävention – geschweige denn zur Wirksamkeit geschlechtsspezifischer Interventionen. Auch hier können deshalb nur Befunde aus Reviews angeführt werden, welche sich nicht explizit der Genderdimension der Tabakprävention widmen.

Wie bereits erwähnt berichten Fletcher et al. (2008, zitiert in Bühler & Thurl, 2013) in ihrem Review – wenn auch nur beiläufig – dass Whole-School-Interventionen nur bei Jungen zu präventiven Effekten in Bezug auf den Tabakkonsum zu führen scheint. Die Autorenschaft unterlässt es leider, auf diesen geschlechtsspezifischen Befund näher einzugehen.

Thomas et al. (2013) führten nach Geschlechtern getrennte Metaanalysen zur Wirksamkeit von Tabakpräventionsbemühungen durch, soweit entsprechende Resultate oder Daten in den von ihnen berücksichtigten Studien verfügbar waren. Ihre Analysen zeigen kaum nennenswerte Unterschiede der Wirksamkeit von Tabakpräventionsbemühungen zwischen den Geschlechtern.

4.2.8 Evidenzen zur Handlungsebene der Tabakprävention im Setting Bildung

Schliesslich dürfte sowohl nach theoretischen Überlegungen als auch aus der Praxiserfahrung die Frage interessieren, ob es für eine effiziente Tabakprävention im Setting genügen kann, entsprechende direkt an die Zielgruppe gerichtete Aktivitäten und Angeboten durchzuführen – oder inwiefern auch an Multiplikatoren (z.B. Lehrpersonen, Schulleitungen) gerichtete Massnahmen für die Implementierung von Tabakprävention bei der eigentlichen Zielgruppe (Schülerinnen und Schülern) sinnvoll sein können.

Wolfenden et al. (2014) konnten in ihrem Metareview lediglich einen einzigen systematischen und wissenschaftlichen Kriterien genügenden Review ausfindig machen, der sich auf Implementierungsstrategien von Präventionsinterventionen an Schulen bezog. Sie kommen zum Schluss dass die adäquate Aus- und Weiterbildung des bei Präventionsbemühungen involvierten schulischen Personals ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Durchführung entsprechender Interventionen sei. Insbesondere sei der persönliche Kontakt Face-to-Face zu den Multiplikatoren viel wirkungsvoller als etwa die alleinige schriftliche Information derselben (Wolfenden et al., 2014).

Wie bereits erwähnt deuteten die Ergebnisse des Reviews von Fletcher et al. (2008, zitiert in Bühler & Thrul, 2013) auf gewisse Erfolgschancen des Whole-School-Ansatzes zur Tabakprävention hin. Dieser Ansatz verfolgt unter anderem auch die Verbesserung von Schulkontext und Schulklima. Die Autorenschaft kommt zum Schluss, dass solche globale Präventionsprogramme (bei Schülern, anscheinend aber nicht bei Schülerinnen) zu einem Rückgang des Tabakkonsums führen können (Fletcher et al., 2008). Auch Jackson et al. (2012b) bezeichnen den Whole-School-Ansatz als vielversprechend, um den Substanzgebrauch bei Schülerinnen und Schülern zu reduzieren.

4.3 Innovative Ansätze und Methoden von Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung

Wie im Methodikkapitel beschrieben, wurden bei der Literaturrecherche Studien und Studienprotokolle separat berücksichtigt, die (gemäss Angaben der Autorenschaft) einen innovativen Ansatz oder eine innovative Methode der Tabakprävention im Setting Bildung evaluieren oder zumindest beschreiben, und die in Fachzeitschriften mit Peerreview erschienen sind (siehe Anhang VIII). Meist handelt es sich bei den "innovativen" Elementen der Tabakpräventionsbemühungen um bestimmte Vermittlungsmethoden, oder um spezifisch Präventionsprogramme. Die in der Literaturrecherche gefundenen "innovativen" Studien und Studienprotokolle werden im Folgenden beispielhaft beschrieben.

In der Literaturrecherche wurde auch eine Schweizer Evaluationsstudie zu einer Rauchpräventionsintervention in der Rekrutenschule erfasst (Moser, Miedinger, Frey, Karli, & Leuppi, 2011). Bei dieser wurden die Rekrutinnen und Rekruten auf die gesundheitlichen Risiken des Rauchens aufmerksam gemacht und den Raucherinnen und Rauchern wurden in regelmässigen Abständen medikamentöse Rauchentwöhnungsprogramme angeboten. Die Resultate der Studie zeigen, dass der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Interventionsgruppe während der Rekrutenschule signifikant abnahm, während er in der Kontrollgruppe signifikant zunahm.

In einem Präventionsprogramm (beschrieben in Woo, 2008) in Südkorea werden in einem ersten Schritt Studierende von Hochschulen ausgewählt und durch Gesundheitsfachpersonen als sogenannte "Peer-Educators" geschult. Im zweiten Schritt bilden die Peer-Educators mit Schülerinnen und Schülern an Middle und High Schools (entspricht der schweizerischen Sekundarstufe I und II) "Youth Teams" und animieren und begleiten sie bei der Ausarbeitung eines Filmskripts zum Thema Rauchstopp, von denen eine nationale Jury das beste auswählt. Dieses wird im dritten und letzten Schritt mit Unterstützung einer professionellen Regieführung und Schauspielenden in einen Kurzfilm umgesetzt.

Hong et al. (2008) evaluierten eine in zehn Schulen des US-Bundesstaats Louisiana durchgeführte Kampagne, bei der mittels aufgehängter Poster und regelmässiger Lautsprecherdurchsagen die Schülerinnen und Schüler zum Thema Tabakkonsum sensibilisierten. Bei den Nachbefragungen gab ein Drittel an, aufgrund der Medienkampagne nicht geraucht zu haben, ein Zehntel berichtete, dass die Kampagne sie dazu ermutigt hätte, mit dem Rauchen aufzuhören. Aus der Studie geht nicht hervor ob und allenfalls in welchem Ausmass die Kampagne tatsächlich zu Raucherstopps oder verringertem Tabakkonsum geführt hat.

In einer in zwei griechischen Schulen durchgeführten Pilotstudie (Hassandra, Theodorakis, Kosmidou, Grammatikopoulos, & Hatzigeorgiadis, 2009) wurden Schülerinnen und Schüler unter dem Slogan "I do not smoke, I exercise" über die gesundheitlich negativen Konsequenzen des Rauchens und die entsprechend positiven Konsequenzen körperlicher Ertüchtigung aufgeklärt. Sport wurde als Handlungsalternative zum Rauchen dargestellt. Bei der Nachbefragung ein Jahr nach der Intervention konnten abgesehen von einem höheren Wissensstand keine signifikanten Effekte der Intervention nachgewiesen werden.

Im Projekt "Schüler in der Klinik" (beschrieben und evaluiert in Stamm-Balderjahn, Groneberg, Kusma, Jagota, & Schonfeld, 2012) verbringen Schulklassen aus Sekundarschulen, Gymnasien und Berufsschulen (12- bis 25-Jährige) zwei Stunden am Tumor-Zentrum des Berliner Universitätsspitals Charité und werden dort durch medizinisches Fachpersonal und Krebspatienten über die negativen Auswirkungen

des Rauchens informiert. Ausserdem können zwei bis drei Schülerinnen oder Schüler pro Schulklasse ihre Lungenfunktion testen. In der Evaluationsstudie konnten in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe geringere Anteile von Schülerinnen und Schüler nachgewiesen werden, die ins Rauchen einsteigen. Dieser Effekt war bei Schülerinnen deutlicher als bei Schülern. Hingegen konnte keine Effekte in Bezug auf den Rauchstopp beobachtet werden.

Des Weiteren kann eine Intervention zur Tabakprävention genannt werden, die im Rahmen der schulischen Zahnprophylaxe in Australien durchgeführt wird (beschrieben und evaluiert in Matias et al., 2013), und bei der Schülerinnen des 8. bis 10 Schuljahres über die negativen dentalhygienischen Auswirkungen des Rauchens informiert werden. In der Evaluation konnten gewisse Effekte bezüglich einer im Vergleich zur Kontrollgruppe verringerten Absicht nachgewiesen werden, in Zukunft zu rauchen. Allerdings waren entsprechende Befunde in Bezug auf das Verhalten, also das tatsächliche Rauchen, nicht statistisch signifikant.

Als Beispiel für eine neue Vermittlungsmethode tabakpräventiver Bemühungen kann eine Fotoalterungs-App angeführt werden. Diese kann auf ein Mobiltelefon oder Tablet heruntergeladen werden und bearbeitet ausgewählte Selfies der Schülerinnen und Schülern algorithmisch und stellt dieselben Portraits in einem Zeitraffer von 15 Jahren nach, und zwar zum einen in einem Szenario, in dem die Schülerin oder der Schüler nicht raucht, zum anderen in einem, in dem sie oder er raucht. Die nachgestalteten Portraits werden vor dem Klassenverband gezeigt (Brinker, Seeger, & Buslaff, 2016).

Ein weiteres Beispiel ist eine interaktive Methode, bei der Schülerinnen und Schüler mithilfe von Internetressourcen selber von der Tabakindustrie verwendete Taktiken aufdecken, um Jugendliche zum Kauf von Tabakprodukten zu animieren (Taylor et al., 2016).

4.4 Meinung der befragten Bildungsfachpersonen

Wie im Kapitel 2.2 ausgeführt wurden im Rahmen einer Fokusgruppendifkussion und Einzelinterviews ausgewählte Bildungsfachpersonen zu ihren Ansichten und Erfahrungen über und mit Tabakprävention im Setting Bildung befragt. Grundsätzlich besteht unter den Bildungsfachpersonen ein Bewusstsein, dass die (obligatorische) Schule dank ihrem privilegierten Zugang zu fast allen Kindern und Jugendlichen sowie zu wichtigen Referenzpersonen derselben in der Tabakprävention und allgemein in der Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle zukommt.

Gemäss der Wahrnehmung der befragten Bildungsfachpersonen wird das Thema Tabak von den Jugendlichen eher als langweilig empfunden. Andere Themen im Suchtbereich gälten als spannender – etwa der Gebrauch von Cannabis und anderen illegalen Substanzen. Das neu aufkommende Phänomen des Shisharauchens bilde hiervon eine Ausnahme, gebe es doch gerade dazu auch eine Vielzahl kursierender Halbwahrheiten. Ausserdem spiele mit dem rituellen gemeinsamen Rauchen von Shishas auch noch ein verstärkter sozialer Aspekt hinzu.

Die befragten Bildungsfachpersonen begrüsstten breit angelegte Präventionsprogramme im Gesundheitsbereich, die sich nicht nur auf Substanzgebrauch oder gar nur auf einzelne Substanzen beschränken. Zu fokussierte Interventionen führten zu einer unübersichtlichen Vielzahl von Einzelbemühungen, welche die Schulen überfordere und eher zu einer Abwehrhaltung von Lehrpersonen und Schulleitungen führe. Nach Ansicht der befragten Bildungsfachpersonen sollte die bereits bestehende Vielfalt von Interventionen zu eigentlichen Präventionsprogrammen gebündelt werden. Den Bildungsfachpersonen ist aber auch bewusst, dass eine solche Bündelung nur schwierig zu erreichen ist, zumal hinter Einzelangeboten oft auch je einzelne Geldquellen und Kompetenzträger stünden.

Die von den befragten Bildungsfachpersonen geforderte Breite der Abstützung bezieht sich aber nicht nur auf die Frage der thematischen Fokussierung, sondern auch auf methodische und institutionelle Aspekte. Sozialkompetenzinterventionen und Ansätze zur sozialen Einflussnahme sehen die Bildungsfachperso-

nen als die geeignetsten weil effektivsten Präventionsprojekte an – auch wenn sie sich bewusst sind, dass solche Projekte erst nach einer gewissen Zeit ihre Wirkung entfalten könnten. Die Reflexion der Schülerinnen und Schüler über das eigene Verhalten, ihre Selbstbestimmung, Selbstwertgefühl, Neinsagenkönnen, etc. sollten gemäss Konsens unter den befragten Bildungsfachpersonen im Zentrum solcher Präventionsbemühungen stehen. Diese Interventionen seien schon per Definition kaum substanzspezifisch und könnten einen gesunden Lebensstil ganz allgemein befördern – darunter auch das Nichtrauchen. Die Präventionsmassnahmen sollten denn auch am Alltag der Jugendlichen anknüpfen und in ihrer Lebenswelt verankert sein. Reine Informationskampagnen werden von den Bildungsfachpersonen weder als wirkungsvoll noch als für die Jugendlichen interessant eingestuft und tendenziell abgelehnt. Ebenfalls abgelehnt werden Interventionen, die moralisierend wirken und/oder zu einer Stigmatisierung der rauchenden Schülerinnen und Schüler führen.

Die Verknüpfung von verhaltenspräventiven mit verhältnispräventiven Massnahmen sehen Bildungsfachpersonen ebenfalls als vielversprechend an. Allerdings hätten viele Schulen ihre verhältnispräventiven Möglichkeiten mit Erlass und Durchsetzung umfassender Rauchverbote auf dem Schulgelände bereits ausgeschöpft. In den letzten Jahren seien in fast allen Schulen klare und allgemeine Regelungen zum Rauchen auf dem Schulareal, inklusive definierter Sanktionsmechanismen, eingeführt worden, deren Durchsetzung kaum grössere Probleme verursache. Typische Ausnahmen hiervon bilden gemäss Aussagen von Schulleitungen und Lehrpersonen Schulaktivitäten, die ausserhalb des Schulareals durchgeführt werden, wie Exkursionen und Klassenlager, bei denen das Rauchen betreffende Regelungen wiederum meist ad-hoc verhandelt und durchgesetzt werden müssten – in einigen Fällen auch ohne die Unterstützung der Eltern.

Die befragten Bildungsfachpersonen äusserten sich positiv zu gendergerechten Präventionsbemühungen, etwa indem ein Teil der Interventionen in nach Geschlecht getrennten Untergruppen durchgeführt wird. Es stelle sich auch die Frage, ob nicht auch weitere soziale Untergruppen in schulischen Präventionsbemühungen spezifisch berücksichtigt werden müssten.

Uneinigkeit herrscht demgegenüber unter den befragten Bildungsfachpersonen darüber, ob neben universellen auch selektive oder indizierte Präventionsbemühungen im Setting der Schule durchgeführt werden sollten. Neben fast kategorischer Ablehnung bei einigen, wonach die Schule für therapeutische Interventionen nicht der richtige Ort sei, gab es von anderen Bildungsfachpersonen auch vorsichtige Zustimmung, wonach der Schule zumindest eine gewisse Triagefunktion zur Weiterführung spezifischer Fälle an therapeutische Angebote zukomme. Ebenso wurde Offenheit gegenüber Rauchstoppprogrammen auf höheren Schulstufen signalisiert. Es scheinen diesbezüglich auch grosse Unterschiede zwischen den Kantonen zu bestehen: Eine Bildungsfachperson aus dem schulmedizinischen Bereich bemerkte, dass an den öffentlichen Schulen in ihrem Kanton praktisch keine universelle Tabakprävention mehr durchgeführt, dafür aber vielmehr fallweise auf betroffene Schülerinnen und Schüler eingegangen würde.

Bezogen auf die institutionelle Abstützung besteht unter den Bildungsfachpersonen weitgehend Konsens, dass Präventionsbemühungen eher schul- statt nur klassenumfassend angegangen werden sollten. Sie sehen beispielsweise die Wirksamkeit von Nichtraucherwettbewerben eher gegeben, wenn daran ganze Schulen, und nicht nur einzelne Klassen teilnehmen würden.

Präventionsbemühungen sollten gemäss der Meinung der befragten Bildungsfachpersonen zudem auch auf die Dauer ausgelegt sein. Vor allem Fachpersonen aus der schulischen Sozialarbeit erachten auch eine strategische Verankerung mit einem klaren politischen Willen und Entscheid als hilfreich für die erfolgreiche Umsetzung von gesundheitlichen Präventionsbemühungen. Zu einer strategischen Ausrichtung gehörten denn auch die Formulierung von Zielen sowie die Überprüfung deren Erreichens.

Gemäss den befragten Bildungsfachpersonen müssen Interventionen auch alters- und schulstufengerecht aufgebaut sein und umgesetzt werden. Schulübergänge stellen dabei eine besondere Herausforderung dar, da sich die Jugendlichen gerade in diesen Phasen neu ausrichten und in Strukturen integrieren müssten. Damit steigt zum einen ihre Vulnerabilität für Risikoverhalten, während gleichzeitig wichtige ehemalige Referenzpersonen wegfallen, und sie den neuen noch nicht bekannt sind. Das Bewusstsein für diese Problematik ist gemäss Bildungsfachpersonen prinzipiell vorhanden, doch stünden gerade auch in diesen Phasen meist andere Problemstellungen (z.B. Berufsentscheid in Sekundarschule I) im Vordergrund. Als Beispiel, wie der Problematik des Übergangs von der (obligatorischen) Schul- in die Berufswelt begegnet werden könnte, sei hier ein entsprechendes Mentoringprogramm der beiden Basel angeführt.²³

Die Meinungen zur Übertragbarkeit innovativer Tabakpräventionsinterventionen wie Fotoalterungs-App, Nachforschungsauftrag zu Werbestrategien der Tabakindustrie oder Integration von Präventionsbemühungen im Rahmen der Schulzahnpflege (siehe Kapitel 4.3) waren geteilt. Der Einbezug von Medien (wie bei der Fotoalterungs-App) habe zwar das Potential, das Interesse der Schülerinnen und Schüler vor allem in oberen Klassen zu dem aus deren Sicht eher langweiligen Thema der Tabakprävention zu wecken. Andere, wie die Integration in den Schulzahnpflegedienst eher nicht, weil gerade in höheren Klassen die Dentalhygiene mit einem negativen Image behaftet sei. Ausserdem sei die Dentalhygiene thematisch bereits mit der Förderung der gesunden Ernährung verknüpft worden und dürfte eine weitere thematische Ausweitung kaum ertragen.

4.5 Diskussion der Ergebnisse

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

Aus der empirischen Forschung zur allgemeinen Wirksamkeit schulbasierter Präventionsbemühungen lassen sich keine eindeutigen Befunde ziehen: Die entsprechenden wissenschaftlich hochstehenden Studien finden auf der Metaebene aller untersuchter Präventionsbemühungen je nach eigenem Studiendesign einen positiven, einen schwach negativen oder keinen statistisch signifikanten Effekt der Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung. Es gibt keine glaubwürdigen empirischen Studien, welche die Effektivität von schulbasierten Tabakpräventionsbemühungen mit derjenigen von entsprechenden Aktivitäten und Angeboten in anderen Settings vergleichen würden – aus methodologischen Gründen scheinen solche Vergleiche auch weder durchführbar noch sinnvoll.

Stichhaltige Argumente, die für Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung sprechen, kommen darum eher aus der theoretischen denn aus der empirischen Forschung: Die Institution Schule hat im Vergleich zu allen anderen Settings den komparativen Vorteil, dass über sie potentiell praktisch alle Kinder und Jugendlichen sowie einen Grossteil der jungen Erwachsenen erreicht werden kann. Lehrpersonen und Schulleitungen sind wichtige Referenzpersonen der Zielgruppe der hier betrachteten Tabakprävention und können direkt als Multiplikatoren genutzt werden. Darüber hinaus geniesst das Setting Bildung einen privilegierten, settingübergreifenden Zugang zu anderen Referenzpersonen ihrer Schülerinnen und Schüler, nämlich zu ihren Eltern, Geschwistern sowie zu Leiterinnen und Leitern von Freizeitaktivitäten, welche die schulische Infrastruktur mitnutzen.

In der Praxis sind sich die Bildungsfachpersonen der genannten speziellen Vorzüge des Settings Bildung für die Tabakprävention und andere Massnahmen Gesundheitsförderung durchaus bewusst. Der Tabakkonsums stellt in ihrer Wahrnehmung und im Vergleich zu anderen Problemverhalten von Schülerinnen und Schülern keine prioritäre Problematik dar. Die Frage, welche Akteure des Settings Bildung wie in Tabakpräventionsbemühungen miteingebunden werden können, ist Gegenstand der Kapitel 5 und 6 dieses Berichts.

²³ <http://www.mb.bs.ch/beratung/beratungsstellen/mentoring.html>

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

Der aktuelle Stand der empirischen Forschung deutet darauf hin, dass schulbasierte Tabakprävention, die auch andere Settings miteinbezieht, zu einem verringerten Tabakkonsum von Schülerinnen und Schülern führen können – wenn auch nicht unbedingt zur Verhinderung des Raucheinstiegs. In der Praxis handelt es sich bei solchen Präventionsbemühungen meist um Aktivitäten und Angebote, die sich nicht nur auf den Tabakkonsum fokussieren, sondern auch auf die Prävention anderer Risikoverhaltensweisen zielen. Die Frage, welche anderen Akteure wie in Tabakpräventionsbemühungen miteingebunden werden können, wird in Kapitel 6 behandelt.

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

Aus der empirischen Forschung lässt sich in Bezug auf den Tabakkonsum kein eindeutiger Befund zur besseren oder schlechteren Wirksamkeit ausmachen von rein auf Tabak fokussierten Präventionsbemühungen im Vergleich zu Präventionsbemühungen, die auch auf andere Risikoverhalten abzielen. Unter den thematisch breiter angelegten Präventionsbemühungen scheinen jene erfolgsversprechend, die auf dem Sozialkompetenzansatz beruhen.

Die befragten Bildungsfachpersonen sind sich darüber einig, dass Präventionsbemühungen zum Substanzgebrauch unbedingt gebündelt werden sollten, denn ihrer Meinung überbietet das Angebot an Einzelinterventionen und führt bei Lehrpersonen und Schulleitungen eher zu einer Abwehrhaltung. Sie begrüßen thematisch breit angelegte Präventionsbemühungen – oder ein Präventionsprogramm – zur Gesundheitsförderung allgemein.

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

Es gibt nur ganz wenige empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit schulbasierter verhältnispräventiver Massnahmen wie etwa der Einführung von Rauchverbote auf dem Schulareal, so dass die Frage nach deren Effektivität zur Verminderung des Tabakkonsums insgesamt – und nicht nur auf dem Schulgelände – unbeantwortet bleibt. Tatsächlich werden solche strukturellen Massnahmen in der Praxis meist zusammen mit verhaltenspräventiven Bemühungen kombiniert. Solche kombinierten Ansätze scheinen zumindest für die Verringerung des Tabakkonsums von Jungen geeignet zu sein. Aus Sicht der befragten Bildungsfachpersonen haben die meisten Schulen in der Schweiz ihren verhältnispräventiven Spielraum im Tabakbereich durch Erlass und Umsetzung umfassender Rauchverbote bereits ausgeschöpft.

Die empirische Forschung zu verhaltenspräventiven Bemühungen im Tabakbereich zeigt, dass schulbasierte Interventionen, die nur auf reiner Informationsvermittlung beruhen, zu keinen signifikanten Effekten auf die Verhinderung von Tabakeinstieg oder Verminderung des Tabakkonsums der Schülerinnen und Schüler führen. Dagegen scheinen Präventionsbemühungen, die auf dem Sozialkompetenzansatz beruhen – allenfalls in Kombination mit dem Ansatz der sozialen Einflussnahme – im Setting Bildung nachweisbare präventive Effekte erzielen zu können. Diese Erkenntnisse aus der empirischen Forschung decken sich weitgehend mit der Wahrnehmung der befragten Bildungsfachpersonen, nach der rein informationsbasierte Tabakpräventionsbemühungen weder effektiv noch pädagogisch sinnvoll seien, während Präventionsbemühungen als sinnvoll erachtet werden, die auf die Stärkung von Lebenskompetenzen (Sozialkompetenzansatz) und der wirkungsvollen Begegnung von Gruppendruck (Ansatz der sozialen Einflussnahme) abzielen. Darüber hinaus betonen die befragten Bildungsfachpersonen, dass Präventionsbemühungen auf jeden Fall in der Lebenswelt der Jugendlichen verankert sein und an ihren Alltag anknüpfen müssten.

Durch wen und wie sollte Tabakprävention im Setting Bildung vermittelt werden?

Es gibt relativ wenige empirische Studien, welche komparative Vorteile einzelner Vermittlungsmethoden untersuchen. Laut Erkenntnisstand aus der empirischen Forschung scheinen durch Peers (andere Jugendliche) vermittelte Interventionen eher weniger wirkungsvoll zu sein, als Interventionen, die durch Erwachsene (z.B. Lehrpersonen) vermittelt werden. Aus der Befragung der Bildungsfachpersonen konnte zu dieser Frage keine Meinung erhoben werden, aus den Ergebnissen zur Partizipation der Zielgruppe (siehe Kapitel 6.2) lässt sich aber schliessen, dass zumindest die aktive Einbindung der Jugendlichen als Zielgruppe der Tabakprävention bei deren Umsetzung als nötig erachtet wird.

Laut aktuellem, noch wenig aussagekräftigem Forschungsstand zum Einsatz neuer Technologien (Computer, Internet, Smartphone) in der Tabakprävention können solche Interventionen mindestens die gleichen Effekte erzielen wie Interventionen mit herkömmlichen Vermittlungsmedien und bei settingübergreifenden Interventionen können sie die Verknüpfung mit anderen Settings erleichtern. Die befragten Bildungsfachpersonen sehen den Einsatz allerneuster Technologien wie z.B. Apps auf Smartphones vor allem als pädagogisch sinnvolle Einstiegsmöglichkeiten für Tabakpräventionsbemühungen, da solche Herangehensweisen das Interesse der Schülerinnen und Schüler am ansonsten eher als langweilig empfundenen Thema steigern können. Der Einsatz anderer etwas älterer elektronischer Vermittlungsmedien scheint im Setting Bildung schon so etabliert zu sein, dass er von den befragten Bildungsfachpersonen implizit als selbstverständlich erachtet wird.

Bezüglich der Länge und Intensität von Tabakpräventionsbemühungen gibt es aus der empirischen Forschung keine eindeutigen Belege für den Zusammenhang zwischen der Länge von Einzelinterventionen oder deren Auffrischung nach einer gewissen Zeit und dem effektiven Erfolg der Interventionen bezüglich eines verhinderten Raucheinstiegs. Die befragten Bildungsfachpersonen erachten auf die Dauer ausgelegte Präventionsprogramme als sinnvoll.

Die empirische Evidenz zur Wirksamkeit von Klassenwettbewerben ist nicht eindeutig. Sie deutet darauf hin, dass Klassenwettbewerbe zwar den Raucheinstieg von Schülerinnen und Schülern längerfristig kaum verhindern, auf Klassenebene aber dennoch dazu führen können, dass Schülerinnen und Schüler weniger rauchen. Die befragten Bildungsfachpersonen äusserten sich nicht explizit zu ihrer Einschätzung der Wirksamkeit des entsprechenden Programms "Experiment Nichtrauchen" in der Schweiz, äusserten aber z.T. die Vermutung, dass es sinnvoller wäre, Nichtrauchwettbewerbe auf Schul- statt auf Klassenebene durchzuführen.

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

Es gibt nur wenige qualitativ genügende empirische Übersichtsarbeiten zu selektiven und keine zu indizierten Präventionsbemühungen im Setting Bildung. Die Vermutung liegt nahe, dass entsprechende Interventionen auch kaum durchgeführt werden. Die befragten Bildungsfachpersonen, vor allem Lehrpersonen und Schulleitungen, äussern sich mehrheitlich skeptisch zu selektiven oder gar indizierten Präventionsbemühungen in der Schule, insbesondere was die obligatorische Schule betrifft. Ihrer Meinung nach sollten betroffene Schülerinnen und Schüler an Fachpersonen im medizinischen Bereich ver- oder überwiesen werden. Eine gewisse Offenheit gibt es aber zu Rauchstoppprogrammen in nachobligatorischen Bildungseinrichtungen.

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

Überraschenderweise wurde in der Literaturrecherche keine Übersichtsarbeit zur empirischen Forschung bezüglich der Wirksamkeit der Tabakprävention nach unterschiedlichen Schulstufen/Altersklassen auffindig gemacht. Die vorhandene Evidenz deutet aber darauf hin, dass frühe Präventionsbemühungen im Setting Bildung späteres Risikoverhalten in der Zielgruppe verringern können. Seitens der befragten Bildungsfachpersonen ist eine schulstufengerechte Umsetzung von Präventionsintervention unabdingbar. Ausserdem stellten Schulübergänge eine spezielle Herausforderung dar.

Zur genderspezifischen Wirksamkeit schulbasierter Präventionsbemühungen gibt es nur eine einzige Übersichtsarbeit und praktisch keine gesicherten empirischen Erkenntnisse. Insbesondere gibt es kaum empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit geschlechtsspezifischer Interventionen – wohl auch deshalb, weil solche kaum durchgeführt werden. Nach Meinung der befragten Bildungsfachpersonen sind geschlechtsspezifische Herangehensweisen in der Umsetzung der Tabakprävention jedoch zu begrüßen, etwa indem bestimmte Interventionsinhalte in nach Geschlecht getrennten Gruppen bearbeitet werden.

Auf welcher Handlungsebene sollte Tabakprävention im Setting Bildung ansetzen?

Die Frage nach der Handlungsebene von Tabakpräventionsbemühungen wird in der gefundenen empirischen Literatur kaum beleuchtet. Der Forschungsstand deutet aber darauf hin, dass es wichtig ist, dass bei Präventionsinterventionen als Multiplikatoren auftretende Schulpersonal im persönlichen Kontakt und durch entsprechende Angebote in der Aus- und Weiterbildung auf ihre Aufgabe vorzubereiten, und nicht nur mittels schriftlicher Informationen anlässlich der eigentlichen Intervention. Die befragten Bildungsfachpersonen erachten darüber hinaus auch eine explizite strategische Verankerung gesundheitlicher Förderung als sinnvoll und wünschen sich auch ein klares politisches Bekenntnis zu Präventionsbemühungen auf bildungspolitischer Ebene. Die Frage, inwiefern Akteure des Settings Bildung in Präventionsbemühungen einbezogen werden können wird in den Kapiteln 5 und 6 erörtert.

5 Netzwerke und Akteure im Setting Bildung

5.1 Erwartungen und Vorbehalte der Akteure im Setting Bildung

Wie in Kapitel 4.4 bereits angesprochen nehmen die befragten Bildungsfachpersonen aus dem Bereich der Lehrerschaft Rauchen kaum mehr als vordergründiges Problem wahr. Das Rauchen scheine unter Schülerinnen und Schülern stark zurückgegangen zu sein, und von vielen der regelmässig rauchenden Schülerinnen und Schülern könne auch ein Cannabiskonsum angenommen werden, was in der Wahrnehmung der Lehrpersonen dann ein deutlich schwerwiegenderes Problemverhalten darstelle.

Auch die Schulleitungen hätten sich kaum mehr mit dem Thema des Rauchens zu befassen, da wie bereits im Kapitel 4.4 erwähnt an den meisten Schulen klare Regelungen zum Rauchen auf dem Schulareal eingeführt worden seien, deren Implementierung kaum grössere Probleme verursache. Das Rauchen und der Umgang damit werden von den befragten Bildungsfachpersonen kaum mehr als regelungsbedürftige Probleme empfunden – zumindest was das unmittelbare Schulumfeld betrifft.

Eine gewisse Uneinigkeit herrscht bei den Bildungsfachpersonen darüber, ob die Instanz Schule denn auch die eigentliche Verantwortung für Substanzgebrauchsprävention und andere Gesundheitsaspekte tragen oder tragen soll. Von Seiten der Lehrerschaft scheint eine gewisse Abneigung gegenüber einer solchen Verantwortungsannahme zu bestehen, die doch eigentlich bei der Familie zu liegen habe. Von Seiten der Schulbehörden besteht aber ein Bewusstsein, dass es bei dieser Frage auch um die Chancengerechtigkeit gehe, was von schulsozialarbeitsnahen Fachpersonen unterstützt wird: Allein schon die Tatsache, dass die Schule als praktisch einzige Akteurin Zugangsmöglichkeiten und -gelegenheiten zu beinahe allen Familien habe, übertrage ihr diesbezüglich eine besondere gesellschaftspolitische Verantwortung.

5.2 Akteure für eine potenzielle Zusammenarbeit im Setting Bildung

Die befragten Bildungsfachpersonen sind sich darüber einig, dass es bereits eine Vielzahl bestehender Netzwerke im Bereich der schulischen Gesundheitsprävention gäbe, in einem Geflecht auf lokaler, regionaler, kantonaler und nationaler Ebenen. Bestehende Strukturen sollten unbedingt genutzt werden. Die Ausgestaltung lokaler Netzwerke sei aber extrem unterschiedlich, sowohl bezüglich ihrer Komplexität (Anzahl Akteure, Diversität der Akteure) als auch was die Stärke der einzelnen Verbindungen betreffe. Unterschiede sehen die Bildungsfachpersonen zum einen zwischen städtischen und ländlichen Räumen, zum anderen auch innerhalb verschiedenen Agglomerationsgebieten. Die Qualität der Netzwerke sei insbesondere von materiellen und zeitlichen Ressourcen und von persönlichen Kontakten und Kontaktmöglichkeiten abhängig. Netzwerke, die auf internetbasiertem Austausch statt Fact-to-Face-Treffen basieren, werden als schwach und kaum nützlich empfunden.

Eine Einbindung von Akteuren anderer Settings in schulbasierte gesundheitliche Präventionsbemühungen wird von den befragten Bildungsfachpersonen befürwortet. Gerade der Einbezug von Eltern wird zwar als grosse Herausforderung, aber auch als unabdingbar für erfolgreiche Präventionsprogramme betrachtet. Und auch im Freizeitbereich müsse die gesundheitliche Prävention ansetzen, denn auch hier hätten die Kinder und Jugendlichen Referenzpersonen, die ihnen als positive oder negative Vorbilder dienen.

Gemäss den Bildungsfachpersonen stehen gerade Berufsschulen vor speziellen Herausforderungen: Die Lernenden verbringen nur einen Bruchteil ihrer Ausbildungszeit in der Schule und sind sonst in der Arbeitswelt und weiteren, nicht schulischen Lebenswelten integriert, mit verschiedenen anderen Referenzrahmen und -personen. Gerade die Lehrbetriebe müssten deshalb unbedingt miteinbezogen werden, und

dies wäre nach Meinung der Fachpersonen über Verbandsstrukturen wahrscheinlich zwar machbar, aber mit einem hohen Aufwand verbunden. Lehrbetriebe sähen das Rauchverhalten der Lernenden meist als Privatangelegenheit derselben an. Die Frage, ob Berufsbildnerinnen und Berufsbildner, denen für Lernende meist eine besondere Vorbildfunktion zukommt, für Tabakpräventionsbemühungen gewonnen werden könnten scheint auch von deren eigenem Rauchverhalten abhängig zu sein: Nichtraucher seien dafür meist einfach zu gewinnen, während rauchende Berufsbildnerinnen und Berufsbildner meist die Ansicht verträten, das Rauchen eine reine Privatangelegenheit darstelle. Ausserdem könnten Berufsbildnerinnen und Berufsbildner nur mit der Zustimmung, wenn nicht gar Unterstützung durch die Lehrbetriebe in Präventionsbemühungen eingebunden werden. Die Erfahrung zeige, dass eine solche meist nur dann zu erwirken sei, wenn es um Themen ginge, die auch für den Betrieb selbst störend seien.

Unter den Bildungsfachpersonen besteht eine gewisse Uneinigkeit darüber, inwiefern die momentan laufende Implementierungsphase des Lehrplan 21 für Präventionsbemühungen genutzt werden könnte. Es besteht zum einen die Ansicht, dass gerade jetzt der ideale Zeitpunkt wäre, um Präventionsbemühungen, die im Lehrplan 21 als Punkt enthalten sind, auch in den entsprechenden Lehrmitteln, die zurzeit intensiv ausgearbeitet werden, zu verankern. Auch sehe der Lehrplan 21 eine neue Art der Zusammenarbeit unter den Lehrpersonen in Fachgruppen vor, was für die Umsetzung von Präventionsbemühungen in der Zukunft eine Chance sein könnte. Demgegenüber besteht auch die Ansicht, dass die momentane Umbruchphase zuerst abgeschlossen, sich die neuen Modalitäten zuerst festigen sollten, bevor man die Schulen und Lehrpersonen mit diesem Thema verstärkt angehen sollte.

Die befragten Bildungsfachpersonen sprachen auch über eine mögliche Verankerung der Suchtpräventionsbemühungen durch entsprechende Angebote in der Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften. Die entsprechende Sensibilisierung und Wissensvermittlung sei schon heute Bestandteil der pädagogischen Grundausbildung. Weiterbildungsangebote zur Gesundheitsförderung bestünden ebenfalls bereits – die spezifischen Kurse unterliegen aber dem Gesetz der Nachfrage und werden nur dann durchgeführt, wenn sich genügend Lehrpersonen für das Angebot einschreiben. Für sich allein genommen werden sie deshalb von den Bildungsfachpersonen als für eine strukturelle und nachhaltige Verankerung von Präventionsbemühungen nicht ausreichende Massnahme betrachtet.

Von den bestehenden Präventionsangeboten im Tabakbereich schein der Klassenwettbewerb "Experiment Nichtrauchen" das unter Bildungsfachpersonen bekannteste zu sein. Es wurde im Fokusgruppengespräch zwar nicht namentlich erwähnt, das Konzept von Nichtraucher-Klassenwettbewerben wurde aber doch mehrmals zumindest indirekt angesprochen.

Des Weiteren, und ebenfalls nur indirekt, erwähnten die am Fokusgruppengespräch anwesenden Bildungsfachpersonen strukturelle Tabakpräventionsbemühungen, bei denen Regeln zum Rauchen in oder an der Schule eingeführt und durchgesetzt wurden. Von den interviewten Bildungsfachperson aus der Westschweiz wurden einige schulbasierte lokale oder regionale Präventionsprogramme genannt, die sich aber auf andere Themenbereiche wie Bewegung, Gewalt und Suizid beziehen.

Die Stiftung "Gesundheitsförderung Schweiz"²⁴ wurde von Bildungsfachpersonen als relevanter Präventionsakteur erwähnt, der zwar andere Themenschwerpunkte (insbesondere Ernährung und Body-Image) habe, durch sein breites Netzwerk und die thematische Nähe sich aber durchaus auch als Akteur im Suchtpräventionsbereich anbieten könnte. Ausserdem wurde das "Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen"²⁵ (SNGS) erwähnt, das im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz Schulen darin unterstützt, sich zu einer Organisation zu entwickeln, die gesundes und nachhaltiges Lehren und Lernen ermöglicht. Die Suchtprävention ist thematischer Be-

²⁴ <https://gesundheitsfoerderung.ch>

²⁵ https://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Schweizerisches-Netzwerk-Gesundheitsfoerdernder-Schulen/PXoYa/?lang=DE&redirect_lang

standteil dieser Bemühungen. Das SNGS ist Mitglied von "bildung+gesundheit, Netzwerk Schweiz"²⁶, einem Zusammenschluss von nationalen oder sprachregionalen Organisationen, die sich als Dienstleistende für die Gesundheitsförderung und Prävention von der Vorschule bis zur Sekundarstufe II einsetzen. Es bietet Beratung und Erfahrungsaustausch für kantonale Fachstellen sowie Fachtagungen, Newsletters, Dokumentation und Instrumente für Schulen an.²⁷

5.3 Diskussion der Ergebnisse

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

Die inhaltlichen und methodologischen Erwartungen der Lehrpersonen an Präventionsbemühungen zum Tabakkonsum wurden bereits im Kapitel 4 (insbesondere 4.4) besprochen. Wie ebenda ebenfalls bereits erwähnt wird der Tabakkonsum von Schülerinnen und Schülern in der Wahrnehmung von Lehrpersonen, Schulleitungen und Schulbehörden kaum als drängendes Problem empfunden, insbesondere im Vergleich zu anderen Verhaltensweisen, die einen direkten negativen Einfluss auf den Unterricht und/oder die schulischen Leistungen der Betroffenen haben.

Im Allgemeinen scheinen sich die Schulbehörden der Verantwortung bewusst, die ihrer Institution im Bereich der universellen Gesundheitsförderungsbemühungen aufgrund ihres privilegierten Zugangs zu praktisch allen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zukommt. Lehrerschaft und Schulleitungen scheinen einer solchen Verantwortungsannahme gegenüber eher skeptisch eingestellt zu sein und betonen in diesem Zusammenhang eher die Verantwortlichkeit der Familie.

Die Erwartungen und Vorbehalte der Multiplikatoren in Bezug auf ihre Einbindung (Partizipation) in die Konzeption von Tabakpräventionsbemühungen werden im Kapitel 6 besprochen.

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

Bildungsfachpersonen verweisen auf die Vielzahl bestehender Netzwerke und Organisationen, die bereits bestehen und von denen einige auch im Gesundheitsförderungsbereich tätig sind. Sie betonen die Wichtigkeit, dass diese für etwaige Präventionsbemühungen genutzt werden sollten, und keinesfalls neue Parallelstrukturen geschaffen werden sollten. Gleichwohl, und wie in Kapitel 3 besprochen, handelt es sich dabei meist um kantonale und lokale Netzwerke und Organisationen – und auch das Zusammenspiel zwischen diesen und nationalen (oder zumindest sprachregionalen) Netzwerken und (Dach-) Organisationen ist durch lokale und kantonale Spezifitäten bestimmt. Die "Gesundheitsförderung Schweiz" und das "Schweizerische Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen" scheinen auf nationaler Ebene diejenigen Akteure zu sein, die im Gesundheitsförderungsbereich im Setting Bildung über das meiste Knowhow und das weiteste Netzwerk verfügen.

²⁶ <http://www.bildungundgesundheit.ch/deutsch/>

²⁷ Das SNGS wird vom nationalen Kompetenzzentrum für die Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen der öffentlichen Gesundheit RADIX koordiniert und wird zurzeit mit einem Programm des nationalen Kompetenzzentrums für Bildung für Nachhaltige Entwicklung éducation21 (<http://www.education21.ch/de/home>) fusioniert. Ab 2017 wird das SNGS somit neu den folgenden Namen tragen: Schulnetz21 - Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder und Nachhaltiger Schulen (siehe <https://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Schweizerisches-Netzwerk-Gesundheitsfoerdernder-Schulen/Weiterentwicklung/PKJUw/>).

Bildungsfachpersonen sprechen sich für schulbasierte Präventionsbemühungen für eine Zusammenarbeit mit Eltern und Akteuren im Freizeitbereich aus. Im Bereich der Berufsschulen scheint eine Zusammenarbeit mit den Berufsbildnerinnen und Berufsbildner in den Lehrbetrieben angezeigt. Die Zustimmung oder Unterstützung durch die Lehrbetriebe ist dafür Voraussetzung, ebenso die individuelle Bereitschaft der Berufsbildnerinnen und Berufsbildner.

Es ist nicht klar, inwiefern die gegenwärtige Implementierung der sprachregionalen Lehrpläne für eine Zusammenarbeit für Tabakpräventionsbemühungen genutzt werden könnte (siehe auch Kapitel 3). Auf nationaler d.h. sprachregionaler Ebene scheinen die vorbereitenden Prozesse abgeschlossen zu sein. Inwiefern sich die konkreten Implementierungsprozesse und die darin implizierten Akteure auf kantonaler Ebene für eine Zusammenarbeit hinsichtlich einer möglichen Verankerung von (Tabak-)Präventionsbemühungen eignen müsste je auf kantonaler Ebene abgeklärt werden.

Eine (verstärkte) Zusammenarbeit mit Institutionen der Lehrpersonenausbildung und -weiterbildung könnte sich anbieten, um in der Lehrpersonenausbildung und allenfalls -weiterbildung Grundlagen für die Vermittlung von Präventionsbemühungen zu erhalten oder zu stärken. Für eine Verankerung von (an Schülerinnen und Schüler gerichtete) Präventionsbemühungen im Schulbereich scheint eine solche Zusammenarbeit aber nicht ausreichend zu sein.

6 Partizipation von Multiplikatoren und Zielgruppe in Tabakpräventionsbemühungen

6.1 Einbezug der Multiplikatoren

Unter den befragten Bildungsfachpersonen herrscht Einigkeit darüber, dass eine Vielzahl von Personengruppen und Instanzen sowohl in die Konzeption als auch in die Umsetzung von Präventionsprojekten miteinbezogen werden müssen, darunter Lehrpersonen, Schulleitungen, Schulbehörden, Schulsozialarbeiter, offene Jugendarbeit, Eltern, Elternverbände, Lehrbetriebe und Vereine. Die Einbindung der Multiplikatoren von Präventionsbemühungen schon in deren Konzeptionsphase wird für eine erfolgreiche Umsetzung der Interventionen als zentral angesehen. Lehrpersonen und Schulleitungen, die am Ausgestaltungsprozess von Programmen mitarbeiten setzten diese später auch eher und besser um. Ausserdem könnten so Präventionsbemühungen ausgearbeitet werden, die entsprechend der spezifischen Bedürfnisse und Verhältnisse jeder Schule angepasst, oder zumindest vor Ort flexibel und einfach gestaltbar sein, um dem lokalen Kontext gerecht werden zu können.

Wie konkret solche Partizipationsprozesse von Multiplikatoren in der Konzeption von Präventionsbemühungen gestalten werden können und sollten geht aus der Befragung der Bildungsfachpersonen nicht hervor. Es wurde aber betont, dass Partizipationsprozesse "ehrlich" gemeint und durchgeführt werden müssten, um wirklich funktionieren zu können.

6.2 Einbezug der Zielgruppe

Ein gewisses Zögern ist bei den befragten Bildungsfachpersonen bei der Frage zu bemerken, inwiefern denn auch die eigentliche Zielgruppe der Präventionsangebote, also die Schülerinnen und Schüler, in Konzeption gesundheitlicher Präventionsbemühungen eingebunden werden sollten. Die Antwort fällt dann prinzipiell doch zugunsten einer solchen Partizipation aus, täuscht aber nicht über den Eindruck einer vorherrschenden Skepsis hinweg.

Auf grosse Zustimmung stösst hingegen der Anspruch, Schülerinnen und Schüler aktiv in die Umsetzung von Präventionsbemühungen einzubeziehen. Partizipative, wie interaktive Präventionsmassnahmen werden von den befragten Bildungsfachpersonen ausdrücklich begrüsst. Es gebe auch einige Beispiele aus anderen gesundheitsfördernden Interventionsbereichen, etwa zu Ernährung, in denen Jugendliche erfolgreich miteingebunden worden seien. Eine Fachperson nannte «Begabungsförderungsateliers» und «Service Learning» als Beispiele von Ansätzen, welche die Partizipation der Schülerinnen und Schüler in der Intervention selbst explizit und strukturiert vorsähen und so Möglichkeiten böten, die Jugendlichen in ihrer Lebenswelt abzuholen, und ihr bereits bestehendes Wissen und ihre eigenen Kompetenzen in der Prävention nutzbringend einzusetzen. Diese Ansätze setzten aber ein eigenes Verständnis von Bildung und Schulgestaltung voraus.

Wie schon in Bezug auf den partizipativen Einbezug der Multiplikatoren (siehe Kapitel 6.1) wurde auch hier betont, dass der Einbezug der Zielgruppe "ehrlich" gemeint sein müsste, und eine grundsätzliche Offenheit für die erarbeiteten Themen voraussetze.

6.3 Erfolgsfaktoren einer gelingenden Partizipation

Wie bereits erwähnt plädieren die befragten Bildungsfachpersonen Präventionsinterventionen und -ansätze, die strukturell «von oben» vorgegeben werden, «unten» aber dem spezifischen Kontext anpassbar sind. Entsprechend braucht es für eine gelingende Partizipation der Multiplikatoren auch eine entsprechende explizite Themasetzung durch die Schulbehörden und die Zurverfügungstellung finanzieller und zeitlicher Mittel.

Nach Meinung der Bildungsfachpersonen sollten auch für die partizipativen Mitgestaltungsprozesse von Multiplikatoren bereits bestehende Akteure und Netzwerke genutzt und eingebunden werden, und auf keinen Fall neue (Parallel- und ad-hoc) Strukturen geschaffen werden. Einig sind sich die Bildungsfachpersonen auch darüber, dass zu fokussierte Interventionsansätze (etwa nur spezifisch zu Tabak) eher zu einer Abwehrhaltung von Seiten der implizierten Multiplikatoren (Lehrpersonen, Schulleitung) führen, und ihre partizipative Einbindung in solche Bemühungen deshalb erheblich erschwert sein dürfte.

Als Beispiele für erfolgreiche partizipative Ansätze im Gesundheitsbereich wurde von Bildungsfachpersonen die Projekte "Bildungslandschaften Schweiz"²⁸ und "Promokiz"²⁹ der Jacobs Foundation genannt. Beide Projekte zielen auf eine verstärkte lokale Vernetzung bestehender Akteure im Gesundheitsbereich, die deutlich über das Setting der Schule hinausgehen.

Die Bildungsfachpersonen sehen denn auch Ansatzpunkte im Setting Bildung, um auch weitere Akteure aus anderen Settings zu erreichen und in Präventionsbemühungen einzubeziehen, insbesondere die Eltern der Schülerinnen und Schüler. Zwar stellt sich auch hier die Frage, wie die Schule gewisse Eltern überhaupt erreichen kann – z.B. Mütter und Väter, die von Elternabenden fernbleiben. Einige Bildungsfachpersonen sehen hierzu durchaus Möglichkeiten, wie Schulen ihren Outreach zu den Eltern weiter verbessern könnten, etwa indem entsprechende Veranstaltungen je nach den tatsächlichen Bedürfnissen an Wochenenden tagsüber und/oder in Begleitung der Kinder durchgeführt würden. Ausserdem biete die Schule mit ihren Räumlichkeiten infrastrukturelle Möglichkeiten, die sie auch schulfremden Akteuren zur Verfügung stellen, und diese so partizipativ einbinden könne.

Des Weiteren sei auch hier noch einmal darauf verwiesen, dass gemäss Bildungsfachpersonen partizipative Ansätze nur dann funktionieren könnten, wenn diese "ehrlich gemeint" seien. Dabei könne es aber auch zu Interessenkonflikten kommen, etwa wenn als Resultat von Partizipationsprozessen Projekte und Programme entstünden, die anerkannten Good-Practice-Kriterien widersprächen. Als konkretes – bezeichnender Weise negatives – Beispiel hierfür wurde ein durch einen Elternrat vorgeschlagenes Konzept zur Substanzgebrauchsprävention erwähnt, das sehr stark repressiv ausgefallen war und dem aktuellen präventionstheoretischen Wissensstand in keiner Weise entsprechen konnte. Auch wenn es sich hierbei um ein anekdotisches Beispiel handelt, wirft es doch die Frage auf, wie bei partizipatorischen Verfahren die Einhaltung von Qualitätsstandards sichergestellt werden kann. Auf jeden Fall ist der Erwartung von in partizipative Prozesse involvierten Personen Rechnung zu tragen, dass das Ergebnis des Prozesses respektiert wird und eine konkrete Umsetzung erfährt. Der Abbruch partizipativer Prozesse oder die Nichtbeachtung ihrer Resultate kann bei den betroffenen Personen zu viel Frustration führen. Dies kann sich nicht nur kurzfristig auf das betreffende Projekt negativ auswirken, sondern beeinträchtigt möglicherweise auch längerfristig analoge Prozesse oder ähnlich gelagerte Bemühungen.

²⁸ <http://bildungslandschaften.ch>

²⁹ <http://jacobsfoundation.org/de/project/primokiz-2>

6.4 Diskussion der Ergebnisse

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

Bildungsfachpersonen betonen die Wichtigkeit der Partizipation von Multiplikatoren sowohl in der Konzeption als auch in der Umsetzung von Präventionsbemühungen. Durch die Partizipation soll sichergestellt werden, dass Präventionsbemühungen an den spezifischen, lokalen Kontext angepasst – oder anpassbar – sind. Wie bereits im Kapitel 5 besprochen sollten für Partizipationsprozesse wenn immer möglich bestehende Strukturen (Akteure, Netzwerke, Organisationen) genutzt werden, wobei den spezifischen lokalen und kantonalen Gegebenheiten Rechnung zu tragen ist. Konkretere Vorstellungen zur Ausgestaltung von Partizipationsprozessen scheinen aber kaum vorhanden zu sein.

Wie kann die Zielgruppe bei der Konzeption und Umsetzung von Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung einbezogen werden?

Bildungsfachpersonen sind sich darüber uneinig, ob die Zielgruppe (d.h. Schülerinnen, Schüler, Studierende) von Tabakpräventionsbemühungen in die Konzeption derselben miteinbezogen werden sollte. Eine allfällige Partizipation müsste auf jeden Fall "ehrlich" sein – d.h. das Ergebnis des partizipativen Prozesses müsste auch dann respektiert werden, wenn es vorgefassten Meinungen und Konzepten widersprechen würde. Dies kann zumindest potentiell zu Zielkonflikten zwischen dem (allfälligen) partizipativen und qualitativen Ansprüchen der Präventionskonzeptionen führen. Sogenannte partizipative "Alibiübungen" sind zu vermeiden.

Bildungsfachpersonen sprechen sich hingegen einhellig für einen aktiven Einbezug der Zielgruppe in der Umsetzung von Tabakpräventionsbemühungen aus. Dies könnte etwa durch interaktive Vermittlungsmethoden (Gruppenarbeiten, Recherche-Aufgaben, etc.) und/oder durch den Einsatz neuer Vermittlungsmedien (z.B. Internet, Smartphone-Apps, soziale Medien) angestrebt werden (siehe hierzu auch Kapitel 4).

Was sind Erfolgsfaktoren einer gelingenden Partizipation?

In Bezug auf die partizipative Einbindung von Multiplikatoren sehen Bildungsfachpersonen die Zurverfügungstellung genügender Ressourcen (vor allem Zeit) als Grundvoraussetzung an. Ausserdem scheint auch ein klares Commitment, also eine entsprechende, klare schulbehördliche und/oder -politische Themensetzung wichtig. Für die partizipativen Prozesse sollten wenn immer möglich bestehende Netzwerke genutzt werden – die Kreation neuer Strukturen ist zu vermeiden.

Bildungsfachpersonen betonen, dass partizipative Ansätze ehrlich gemeint sein müssen. Partizipative Alibiübungen, durch welche vorgefasste Konzepte und Meinungen lediglich abgesegnet und legitimiert werden sollten, sind zu vermeiden.

7 Empfehlungen

In diesem letzten Kapitel werden zusammenfassend Empfehlungen aufgelistet, die aus der beschreibenden Literatur zum schweizerischen Schulsystem, aus der wissenschaftlichen, vor allem empirischen Literatur zu Tabakpräventionsbemühungen und/oder den Ansichten der befragten Bildungsfachpersonen abgeleitet werden. Die Empfehlungen wurden von den Autorinnen und Autoren auf der Basis der genannten Quellen und der Diskussionen derselben in den Kapiteln 3.3, 4.5, 5.3 und 6.4 erarbeitet. Sie widerspiegeln somit nicht unbedingt einen entsprechenden Konsens in Literatur oder unter Fachpersonen, sondern sind das Resultat einer strukturierten Auseinandersetzung mit denjenigen Aspekten, die im vorliegenden Bericht aufgearbeitet worden sind.

Die Empfehlungen werden nach den Aspekten der Konzeption ("Konzeption und Konzeptionsprozess"), Umsetzung ("Inhalt und Umsetzung") und Einbettung ("Einbettung im Setting") von Tabakpräventionsbemühungen im Setting Bildung gegliedert. Die Reihenfolge der Empfehlungen hat dabei keinen Zusammenhang mit deren Wichtigkeit. Der Begriff "Tabakprävention" wird im Folgenden allgemein verwendet und kann – wo nicht ausdrücklich anders vermerkt – auch multifokale (substanz- oder risikoverhaltensübergreifende) Prävention miteinschliessen.

Konzeption und Konzeptionsprozess

- Tabakpräventionsbemühungen sollten wirkungsorientiert sein. Dazu gehört neben der theoretischen Fundierung und – wenn möglich – dem Einbezug wissenschaftlicher Evidenz auch die frühzeitige Einplanung **zweckmässiger Instrumente zur Wirkungsmessung** (Evaluation) und der dazu benötigten Ressourcen.
- In der wissenschaftlichen Forschung zu schulbasierten Tabakpräventionsbemühungen bestehen im Besonderen **Lücken in Bezug auf Alters- bzw. Entwicklungsstufen und Geschlecht der Zielgruppen**. Die systematische Berücksichtigung dieser Variablen in der Konzeption und Analyse der Wirkungsmessung sollte sichergestellt werden.
- Da der Bildungsbereich in der Schweiz grossmehrheitlich der kantonalen Regelung obliegt, sollten bereits die Konzeptionsprozesse von Tabakpräventionsbemühungen an **die kantonalen Verhältnisse** angepasst sein. Insbesondere sind die kantonalen Bestimmungen über den Zugang zur Institution Schule zu beachten, und die entsprechenden Instanzen frühzeitig in den Konzeptionsprozess zu involvieren.
- Bereits in der Konzeptionsphase sollten Zielvorgaben gesetzt werden, um sicherzustellen, dass Tabakpräventionsbemühungen ausgearbeitet werden, die **an lokale Verhältnisse und Spezifitäten in Gemeinden und Schulen anpassbar** sind (siehe "Inhalt und Umsetzung").
- Multiplikatoren (bzw. Repräsentationspersonen derselben) von Tabakpräventionsbemühungen sollten bei deren Konzeption frühzeitig miteingebunden werden. Diese Einbindung muss zweckmässig sein um die **Berücksichtigung der Bedürfnisse und Leistungsmöglichkeiten der Multiplikatoren** zu gewährleisten.
- In der Konzeptionsphase sollte auch eine Pilotphase vorgesehen werden, in welcher die konkrete Tabakpräventionsbemühung **zunächst in einem kleinen Rahmen getestet** wird. Dabei muss sichergestellt sein, dass wesentliche Erkenntnisse zur Adäquanz der Implementierung und erste Indikationen zur Effektivität der Bemühung gewonnen werden können, und dass diese in der weiteren Konzeption bzw. Umsetzung berücksichtigt werden. Die Pilotphase bietet auch die Möglichkeit eines partizipativen Einbezugs der Zielgruppe.

- In der ganzen Konzeptionsphase sollten **mögliche Genderaspekte systematisch beachtet** werden. Dies verlangt eine gendersensitive Analyse der Problemlage (Abklärung und Bewusstmachung der mädchen- und jungenspezifische Motive und Bedürfnisse), die Beachtung von Genderaspekten in der Konzeption der Tabakpräventionsbemühung (Wie wirkt die Bemühung für Mädchen? Wie für Jungen? Könnten geschlechtsgetrennte Module Sinn machen?), eine gendergerechte Implementierung sowie eine nach Geschlechtern getrennte Analyse der Wirksamkeit.

Inhalt und Umsetzung

- Tabakpräventionsbemühungen sollten geeignet sein, **lokale Verhältnisse und Spezifitäten in den jeweiligen Gemeinden und Schulen zu berücksichtigen**, in denen sie durchgeführt werden. Für die entsprechende Anpassungsleistung durch die Multiplikatoren sollten Ressourcen miteingeplant und Unterstützung angeboten werden.
- Aufgrund des komparativen Vorteils des Settings Bildung, zumindest in der obligatorischen Schule praktisch alle Kinder und Jugendliche erreichen zu können, sollte hier der **Schwerpunkt der Tabakpräventionsbemühungen klar auf der universellen Prävention** liegen. Im Sinne der Chancengleichheit sollte das oberste Ziel der Tabakpräventionsbemühungen im schulobligatorischen Bereich sein, den Zugang aller Schülerinnen und Schüler zu möglichst wirkungsvollen Tabakpräventionsmassnahmen sicherzustellen.
- Auf Schulstufen (oder in Schul- bzw. Klassentypen), in denen ein substanzieller Anteil regelmässig Rauchender zu erwarten (oder nachgewiesen) ist, könnte es sinnvoll sein, für tabakspezifische Präventionsbemühungen oder einzelne Module davon die **Klasse gemäss ihrem Rauchverhalten zu unterteilen** (z.B. regelmässig Rauchende / Jugendliche, die bereits geraucht haben / Jugendliche, die nie geraucht haben) und den Inhalt der Intervention auf die gegebenen Untergruppen anzupassen. Eine Stigmatisierung der einen wie der anderen Gruppe ist dabei aber unbedingt zu vermeiden.
- In höheren Klassen und in nachobligatorischen Schulen kann die universelle auch **durch selektive oder indizierte Tabakprävention ergänzt** werden. Grundsätzlich sollte dabei vor allem sichergestellt werden, dass betroffene Jugendliche und junge Erwachsene über die entsprechenden Angebote auch ausserhalb des Settings Bildung informiert und zu deren Inanspruchnahme animiert (oder dabei begleitet) werden.
- Tabakpräventionsbemühungen sollten **in Substanzgebrauchspräventionsprogramme oder in Gesundheitsförderungsprogramme integriert werden**. Die Bündelung entsprechender und auch schon bestehender Angebote wird von Bildungsfachpersonen mit Nachdruck gewünscht. Die Schaffung immer neuer Einzelinitiativen zu einzelnen Substanzen ist zu vermeiden. Für substanz- oder risikoverhaltensübergreifende Präventionsprogramme bieten sich insbesondere Präventionsbemühungen an, die auf dem Sozialkompetenz-Ansatz und evtl. zusätzlich auf dem Ansatz der sozialen Einflussnahme beruhen (siehe unten).
- **Strukturelle Massnahmen wie umfassende Rauchverbote** auf dem Schulareal scheinen effektiv zu sein, wenn ihre Einhaltung auch durchgesetzt wird. Die bestehenden Massnahmen sind zu erhalten und sollten möglichst alle Institutionen des Settings Bildung umfassen.
- Schulbasierte Tabakpräventionsbemühungen, die **nur auf Informationsvermittlung** beruhen, sind nicht wirkungsvoll und sollten deshalb **vermieden** werden.
- Im verhaltenspräventiven Bereich scheinen schulbasierte Tabakpräventionsbemühungen, die auf dem **Sozialkompetenz-Ansatz** beruhen, die besten Chancen zu haben, effektiv zu sein (Verhinderung/Verzögerung des Raucheinstiegs). Sie könnten **allenfalls mit dem Ansatz der sozialen Einflussnahme kombiniert** werden. Beide Ansätze bieten sich für substanz- oder risikoverhaltensübergreifende Präventionsprogramme an (siehe oben).
- Der Einsatz von **Lehrpersonen oder anderer Akteuren des Settings Bildung als Multiplikatoren** von schulbasierten Tabakpräventionsbemühungen scheint angebracht zu sein. Es gibt keine Hinweise, dass schulbasierte Tabakpräventionsbemühungen mit anderen Multiplikatoren (z.B. andere Jugendliche) effektiver wären.

- Tabakpräventionsbemühungen, die auf Lehrpersonen als Multiplikatoren setzen, sollten an deren **pädagogisches Know-how** anknüpfen. Allgemein sollten sie grundlegende pädagogische Prinzipien beachten und insbesondere dem Entwicklungsland und der Alters- und Anforderungsstufe der Zielgruppe angepasst sein. Die Tabakpräventionsbemühungen sollten für die Lehrpersonen mit geringem Aufwand in Unterrichtseinheiten oder Schulanlässen integriert werden können.
- Den Multiplikatoren von Tabakpräventionsbemühungen ist eine **sachgerechte Instruktion** zu deren konkreten Durchführung zukommen zu lassen. Dabei sind persönliche Kontakte zu bevorzugen und rein schriftliche Informationsvermittlung zu vermeiden. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass die Multiplikatoren über die nötigen zeitlichen und materiellen Ressourcen verfügen, um die Intervention vorzubereiten, auf den spezifischen Kontext der Klasse/Schule anzupassen und schliesslich durchführen zu können.
- Die Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen sollten als **Zielgruppe** der schulbasierten Tabakpräventionsbemühungen nach Möglichkeit **aktiv oder interaktiv in deren Umsetzung einbezogen** werden.
- Auf der Basis der gendersensitiven Konzeption der Tabakpräventionsbemühungen (siehe "Konzeption und Konzeptionsprozess") sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, einzelne Interventionen oder Interventionsmodule in **nach Geschlecht getrennten Untergruppen** durchzuführen, um auf mädchen- und/oder jungenspezifische Bedürfnisse einzugehen.
- Bei Tabakpräventionsbemühungen in der obligatorischen Schule sollten **die Erziehungsberechtigten** der Schülerinnen und Schüler über die entsprechenden Interventionen und deren Sinn und Zweck mindestens informiert werden.
- Bei Tabakpräventionsbemühungen in Berufsschulen sollte versucht werden die **Lehrbetriebe und insbesondere die Berufsbildnerinnen und Berufsbildner** miteinzubeziehen.
- Schulbasierte Tabakpräventionsprogramme sollten langfristig angelegt sein und sich nach Möglichkeit systematisch über mehrere Schulstufen erstrecken.
- Besondere Beachtung sollte dabei den **Übergängen zwischen verschiedenen Schultypen** geschenkt werden. Dem Umstand, dass diese meist auch mit einer Ablösung der schulischen Referenzpersonen der Schülerinnen und Schüler (z.B. Klassenlehrperson) einhergehen, könnte evtl. mit Mentoringprogrammen begegnet werden.

Einbettung im Setting

- Es sollte versucht werden **Schulen (Schulbehörden, Schulleitungen, Schulsozialarbeit, Schulgesundheit, Lehrpersonen) weiter bezüglich ihrer besonderen Relevanz** für die Gesundheitsförderung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen **zu sensibilisieren**. Es ist dabei wichtig aufzuzeigen, dass sich diese Relevanz nicht nur auf Verhaltensweisen bezieht, die den Unterricht und das Schulumfeld unmittelbar beeinträchtigen. In Bezug spezifisch auf die Tabakprävention heisst dies zum Beispiel, dass der Erlass und die Durchsetzung von umfassenden Rauchverboten an Schulen zwar richtig und wichtig sind, darüber hinaus ist aber auch ein Engagement der Institution Schule im verhaltenspräventiven Bereich wünschenswert.
- Grundsätzlich sollten Tabakpräventionsbemühungen **wenn immer möglich in bereits bestehenden Strukturen und Netzwerken** eingebettet und Synergien genutzt werden. Die Bildung von Parallel- und ad-hoc-Strukturen ist zu vermeiden.
- Angesichts der verstärkten Harmonisierungsbestrebungen im Bildungsbereich könnte für **nationale oder sprachregionale Tabakpräventionsprogramme eine Kooperation mit den entsprechenden Organen der EDK bzw. derer Konkordate angestrebt werden**.

- Da die Hauptverantwortung für den Bildungsbereich in der Schweiz den Kantonen zukommt, muss die **Einbettung der Tabakpräventionsbemühungen bzw. ihrer Konzeption auf kantonaler (oder gegebenenfalls interkantonal) Ebene erfolgen**. Hierzu bedarf es vorab einer genauen Abklärung der spezifischen Begebenheiten und Strukturen in den einzelnen Kantonen, d.h. der relevanten Lehrpläne, Arbeitsgruppen, allfälligen Reformprozesse, schulpolitischen Entscheidungswege, etc.
- Für die Instruktion von Lehrpersonen als Multiplikatoren von Tabakpräventionsbemühungen könnte eine Zusammenarbeit mit Institutionen angestrebt werden, welche im Bereich der **Weiterbildung von Lehrpersonen** tätig sind.
- Soweit wie möglich sollte den Bildungseinrichtungen genug Zeit eingeräumt werden, **die derzeit laufenden Reformen und Anpassungen an die neuen Lehrpläne abzuschliessen**, bevor sie für neue Tabakpräventionsbemühungen angegangen werden. Neue Tabakpräventionsbemühungen sollten wenn immer möglich in bereits bestehende Strukturen und Netzwerken eingebettet werden um Mehraufwand zu verhindern und Synergien nutzen zu können.

8 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.
- 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.
- Babel, J., Gaillard, L., & Strübi, P. (2013). *Bildungsperspektiven. Szenarien 2013–2022 für das Bildungssystem*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Babel, J., Gaillard, L., & Strübi, P. (2015). *Bildungsperspektiven. Szenarien 2015–2024 für das Bildungssystem*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Inpes.
- Brinker, T. J., Seeger, W., & Buslaff, F. (2016). Photoaging mobile apps in school-based tobacco prevention: The mirroring approach. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e183. DOI 10.2196/jmir.6016.
- 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.
- Chambon, J., & Morel, A. (2015). Efficacité de la prévention. In A. Morel, J.-P. Couteron & P. Fouillard (Eds.), *Aide-mémoire - Addictologie en 49 notions* (2e ed., pp. 543-555). Paris: Dunod.
- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 115-123. DOI 10.1111/j.1465-3362.2012.00517.x.
- 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.
- Coppo, A., Galanti, M. R., Giordano, L., Buscemi, D., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10). DOI 10.1002/14651858.CD009990.pub2.
- De Kleijn, M. J., Farmer, M. M., Booth, M., Motala, A., Smith, A., Sherman, S., et al. (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. *Systematic Reviews*, 4, 109. DOI 10.1186/s13643-015-0082-7.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. DOI 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.
- Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF), & Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK). (2015). *Chancen optimal nutzen - Erklärung 2015 zu den gemeinsamen bildungspolitischen Zielen für den Bildungsraum Schweiz*. Bern: WBF / EDK.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2010). Prevention and Evaluation Resources Kit – PERK. A manual for prevention professionals. EMCDDA.
- Fend, H. (2008). Schule gestalten. Systemsteuerung, Schulentwicklung und Unterrichtsqualität. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fletcher, A., Bonell, C., & Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health, 42*(3), 209-220.
- Flynn, A. B., Falco, M., & Hocini, S. (2015). Independent evaluation of middle school-based drug prevention curricula: A systematic review. *JAMA Pediatrics, 169*(11), 1046-1052. DOI 10.1001/jamapediatrics.2015.1736.
- Galanti, M. R., Coppo, A., Jonsson, E., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). Anti-tobacco policy in schools: Upcoming preventive strategy or prevention myth? A review of 31 studies. *Tobacco Control, 23*(4), 295-301. DOI 10.1136/tobaccocontrol-2012-050846.
- Gallizzi, K. (2016). *Die Ausbildung der künftigen Lehrkräfte in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2016). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2015. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19*(3), 505-526. DOI 10.1016/j.chc.2010.03.005.
- Hale, D. R., Fitzgerald-Yau, N., & Viner, R. M. (2014). A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *American Journal of Public Health, 104*(5), 19-41. DOI 10.2105/ajph.2014.301874.
- Hassandra, M., Theodorakis, Y., Kosmidou, E., Grammatikopoulos, V., & Hatzigeorgiadis, A. (2009). I do not smoke - I exercise: A pilot study of a new educational resource for secondary education students. *Scandinavian Journal of Public Health, 37*(4), 372-379. DOI 10.1177/1403494809103910.
- 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.
- Hong, T., Johnson, C. C., Myers, L., Boris, N., Brewer, D., & Webber, L. S. (2008). Process evaluation of an in-school anti-tobacco media campaign in Louisiana. *Public Health Reports, 123*(6), 781-789.
- Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2013). Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (12th ed.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hwang, M. S., Yeagley, K. L., & Petosa, R. (2004). A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Education & Behavior, 31*(6), 702-719. DOI 10.1177/1090198104263361.
- Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2012). Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. *European Addiction Research, 18*(3), 110-115. DOI 10.1159/000335085.
- 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. DOI 10.1111/j.1360-0443.2011.03751.x.

- 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*, i31-i40. DOI 10.1093/pubmed/fdr113.
- Johnston, V., Liberato, S., & Thomas, D. (2012). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*, Cd008645. DOI 10.1002/14651858.CD008645.pub2.
- Kunz Heim, D., & Mittag, M. (2016). *Verbreitung gesundheitsfördernder Massnahmen an Schweizer Schulen*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., et al. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 15*, 130. DOI 10.1186/s12889-015-1360-y.
- 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.
- Marmet, S., Ernst, M.-L., & Kuntsche, S. (2017). 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 (Forschungsbericht Nr. 86). Lausanne: Sucht Schweiz.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205-220. DOI 10.1037/0003-066X.53.2.205.
- Matias, M. A., Steindl, S. R., Plonka, K. A., Pukkallus, M., Palmer, J., Holcombe, T., et al. (2013). Do school based anti-smoking campaigns delivered by oral health therapists work? *Australian Dental Journal, 58*(3), 301-305. DOI 10.1111/adj.12078.
- Moser, C., Miedinger, D., Frey, F., Karli, C., & Leuppi, J. D. (2011). «Feuer einstellen!» - eine kontrollierte Rauchstoppintervention bei Rekrutenschulen der Schweizer Armee. *Praxis (Bern 1994), 100*(22), 1343-1350. DOI 10.1024/1661-8157/a000712.
- Muller-Riemenschneider, F., Bockelbrink, A., Reinhold, T., Rasch, A., Greiner, W., & Willich, S. N. (2008). Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tobacco Control, 17*(5), 301-302. DOI 10.1136/tc.2007.024281.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Manifeste suisse relatif à la Public Mental Health. Retrieved septembre, 2015, from <http://tinyurl.com/oonlvpt>
- Oeuvray, S. (2016). *Bildungsinstitutionen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Park, E. (2006). School-based smoking prevention programs for adolescents in South Korea: A systematic review. *Health Education Research, 21*(3), 407-415. DOI 10.1093/her/cyl038.
- Paulus, P. (2013). *Psychische Gesundheit für eine gute gesunde Schule*. Mainz: Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- Piontek, D., Bühler, A., & Kröger, C. (2007). Schulische Tabakprävention. *Prävention und Gesundheitsförderung, 2*(2), 129-135.
- Rodgers, K. C. (2012). A review of multicomponent interventions to prevent and control tobacco use among college students. *Journal of American College Health, 60*(3), 257-261. DOI 10.1080/07448481.2011.587486.

- Saraf, D. S., Nongkynrih, B., Pandav, C. S., Gupta, S. K., Shah, B., Kapoor, S. K., et al. (2012). A systematic review of school-based interventions to prevent risk factors associated with noncommunicable diseases. *Asia Pacific Journal of Public Health, 24*(5), 733-752. DOI 10.1177/1010539512445053.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., et al. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet, 379*(9826), 1630-1640.
- Schmid, A., Rodrick, D., & Marthaler, M. (2015). *Suchtprävention bei Lernenden. Eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse bei KMU* (Schlussbericht). Lausanne: Sucht Schweiz.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK). (2006). *Leitlinien zur Optimierung der Nahtstelle obligatorische Schule – Sekundarstufe II*. Bern: EDK.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK). (2015). BILANZ 2015. Harmonisierung der verfassungsmässigen Eckwerte (Art. 62 Abs. 4 BV) für den Bereich der obligatorischen Schule. Bern: EDK.
- Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF). (2014). *Bildungsbericht Schweiz 2014*. Aarau: SKBF.
- 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.
- Sherman, E. J., & Primack, B. A. (2009). What works to prevent adolescent smoking? A systematic review of the National Cancer Institute's Research-Tested Intervention Programs. *Journal of School Health, 79*(9), 391-399. DOI 10.1111/j.1746-1561.2009.00426.x.
- Stamm-Balderjahn, S., Groneberg, D. A., Kusma, B., Jagota, A., & Schonfeld, N. (2012). Smoking prevention in school students: Positive effects of a hospital-based intervention. *Deutsches Ärzteblatt International, 109*(44), 746-752. DOI 10.3238/arztebl.2012.0746.
- Stassen Berger, K. (2012). *Psychologie du développement* (2e ed.). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Sussman, S., Arriaza, B., & Grigsby, T. J. (2014). Alcohol, tobacco, and other drug misuse prevention and cessation programming for alternative high school youth: A review. *Journal of School Health, 84*(11), 748-758. DOI 10.1111/josh.12200.
- Taylor, J., Taylor, A., Lewis, S., McNeill, A., Britton, J., Jones, L. L., et al. (2016). A qualitative evaluation of a novel intervention using insight into tobacco industry tactics to prevent the uptake of smoking in school-aged children. *BMC Public Health, 16*, 539. DOI 10.1186/s12889-016-3205-8.
- Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). DOI 10.1002/14651858.CD001293.pub3.
- Webb, T. L., Sniehotta, F. F., & Michie, S. (2010). Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction, 105*(11), 1879-1892. DOI 10.1111/j.1360-0443.2010.03028.x.
- 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.
- West, S. L., & O'Neal, K. K. (2004). Project D.A.R.E. Outcome effectiveness revisited. *American Journal of Public Health, 94*(6), 1027-1029. DOI 10.2105/AJPH.94.6.1027.
- Wiehe, S. E., Garrison, M. M., Christakis, D. A., Ebel, B. E., & Rivara, F. P. (2005). A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health, 36*(3), 162-169. DOI 10.1016/j.jadohealth.2004.12.003.

- Wolfenden, L., Carruthers, J., Wyse, R., & Yoong, S. (2014). Translation of tobacco control programs in schools: Findings from a rapid review of systematic reviews of implementation and dissemination interventions. *Health Promotion Journal of Australia*, 25(2), 136-138. DOI 10.1071/he13089.
- Woo, K. (2008). An online multimedia peer education smoking cessation program for Korean youth: A film script contest for stories on quitting smoking. In B. C. Wallace (Ed.), *Toward equity in health: A new global approach to health disparities* (pp. 323-337). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Zenker, C. (2010). Die Bedeutung von Gender für die suchtpreventive Arbeit. In B. F. S. 2009 (Ed.), *Bayerisches Forum Suchtprävention 2009. Perfektionierung der Befindlichkeit* (pp. 14-19). München: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

9 Anhänge

Anhang I: Teilnehmerliste der Fokusgruppe Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Bildung vom 27.10.2016

| Organisation | Funktion | Ebene |
|---|---|----------|
| Fokusgruppe | | |
| éducation21 | Mitarbeiter, -in | National |
| Radix | Projektleiter, -in | National |
| PH Bern, Institut für Weiterbildung und Medienbildung | Bereichsleiter, -in | Kantonal |
| Erziehungsdirektion Kt. Bern, Mittelschul- und Berufsbildungsamt | Abteilungsleiter, -in | Kantonal |
| Gesundheitsdienst der Stadt Bern | Bereichsleiter, -in | Gemeinde |
| Netzwerk Schulische Bubenarbeit www.jumppps.ch (ehemals NWSB) | Primarlehrer, -in, soziokulturelle Animatorin / soziokultureller Animator | Schule |
| Rüeblichrut Aargau (Voilà) | Teammitglied | Kantonal |
| Einzelinterviews | | |
| Kanton Vaud, AVASAD | Infirmière scolaire | Kantonal |
| Höheren Fachschule Südostschweiz | Dozent, -in | Schule |

Anhang II: Leitfaden Fokusgruppe Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen im Setting Bildung vom 27. 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' | mle/sk | Kurze Einführung in das Projekt. Präsenzliste herumgeben mit Bitte, Richtigkeit zu prüfen. |
| | | | |
| Kurze Präsentation des Teams und Rolle in der Fokusgruppe | 2' | mle/sk/bw | Moderatorin der Fokusgruppen, Protokollierung, Referierende |
| | | | |
| Ziele der Diskussionsrunde | 3' | mle | <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen und Meinungen zu Chancen und Risiken der Tabakprävention im Bildungsbereich zusammentragen - Möglichkeiten des Einbezugs der Zielgruppe klären - Mögliche Kooperationen erkennen - Empfehlungen zur Tabakprävention im Bildungsbereich in der Schweiz ableiten können |
| | | | |
| Methode und Verlauf der Fokusgruppe | 2' | mle | <ul style="list-style-type: none"> - 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 Bildungsbereich

| 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 Schweiz bezüglich Tabakprävention im Bildungsbereich |

Phase III: Diskussion zur Tabakprävention im Bildungsbereich anhand von Leitfaden

| Thema | Fragen | Zeit |
|---|---|------|
| Einstiegsfrage | <p>Aus der Kurzpräsentation von vorhin werden Erfolgs- und Misserfolgsk Faktoren, wirksame Ansätze und Vorgehensweisen, Angebote und Lücken der Tabakprävention im Bildungsbereich sichtbar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lassen sich diese erprobten und z.T. neuen Methoden, Ansätze und Wirkfaktoren auf die Schweiz übertragen und anwenden? <i>Nachfragen: Ist die dafür notwendige Infrastruktur (z. B. Informatik) in den (Primar-) Schulen vorhanden? Ist das Wissen dazu bei den Lehrpersonen vorhanden?</i> | 10' |
| Bestehende Angebote, wahrgenommene Erfolgsfaktoren | <ol style="list-style-type: none"> 2. Welche Angebote und Massnahmen der (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im Bildungsbereich 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 (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im Bildungsbereich stellen Sie dabei fest? <i>Nachfragen: Wir wissen, dass eine kontinuierliche,</i> | 15' |

| | | |
|-----------------------------------|--|-----|
| | <p><i>über alle Bildungsstufen verlaufende Prävention und Gesundheitsförderung ein Erfolgsfaktor ist. Ist die Kontinuität der Massnahmen über alle Bildungsstufen gewährleistet?</i></p> <p><i>Was und wie könnte der Lehrplan 21 und der «Plan d'étude romand (PER)» zur Kontinuität beitragen?</i></p> <p>4. Stellen Sie Lücken fest, z.B. in Bezug auf spezifische Zielgruppen?</p> | |
| Erwartungen und Vorbehalte | <p>5. Welches sind Ihre Erwartungen an (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im Bildungsbereich? <i>Nachfragen: Auf Struktureller Ebene? Auf verhaltensorientierter Ebene?</i></p> <p>6. In welcher Form wäre Tabakprävention im Bildungsbereich für Sie von Nutzen? Was bräuchte es, damit Sie in Ihrem Arbeitsbereich Impulse aus der Tabakprävention aufnehmen würden?</p> <p>7. Welches sind Ihre Vorbehalte gegenüber der (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im Bildungsbereich?</p> <p>8. Was ist bezüglich (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im Bildungsbereich zu vermeiden? <i>Nachfragen: Auf struktureller Ebene? Auf verhaltensorientierter Ebene?</i></p> | 30' |
| Partizipation | <p>9. Wie und in welchen Phasen sollen die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen oder MultiplikatorInnen bei der Entwicklung und Umsetzung von Präventionsaktivitäten im Bildungsbereich einbezogen werden? <i>Nachfragen: Wir wissen, dass eine entsprechende Ausbildung von MultiplikatorInnen (z.B. Lehrpersonen) ein Erfolgsfaktor ist. Wären solche Ausbildungen in die Weiterbildung von Lehrpersonen integrierbar? Wir wissen, dass Ansätze, welche mehrere AkteurInnen einbeziehen, erfolgreicher sind. Welches sind Ihre Erfahrungen mit dem Einbezug der Eltern in der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung? Welches sind dabei die hauptsächlichsten Hindernisse?</i></p> | 15' |
| Zusammenarbeit | <p>10. Welche sind (oder wären) die relevanten AkteurInnen, Organisationen, Netzwerke im Bildungsbereich, welche mit der (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung zusammenarbeiten könnten/sollten? National / kantonale, regional / lokal? <i>Nachfragen: Welche Rolle könnten dabei übergeordnete Strukturen wie das Netzwerk Gesunde Schulen spielen?</i></p> | 10' |



| | | |
|---------------------|---|-----|
| Empfehlungen | <p>11. Welche spezifischen Zielgruppen in welchen spezifischen Settings im Bildungsbereich sollen von der Tabakprävention erreicht werden?</p> <p>12. Welche konkreten Angebote der (Tabak-) Prävention im Bildungsbereich empfehlen Sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spezifische ↔ substanzübergreifende - Verhaltensebene ↔ Verhältnisebene - Primärprävention ↔ Therapie (Rauchstopp) - geschlechtersensible ↔ geschlechterinsensible <p>13. Haben Sie Vorschläge und Empfehlungen zur Förderung von (Tabak-) Prävention und Gesundheitsförderung im Bildungsbereich, die bisher nicht zur Sprache kamen?</p> | 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' | mle / sk | Aufforderung, Honorar und Reisespesen mit Originalbeleg einzusenden |

Anhang III: Leitfaden telefonische Interviews Deutsch – 17. November 2016

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

| | |
|--|--|
| Aktuelle Projekte/ Massnahmen, Lücken und wahrgenommene Erfolgsfaktoren | <p>14. Welche Tabakpräventionsmassnahmen, Tabakpräventions- oder Gesundheitsförderungsprojekte kennen Sie im Setting Bildung im Kontext Ihres Arbeitsumfeldes?</p> <p>15. Welche Präventions- und Gesundheitsförderungs-Themen tauchen in Ihrem Arbeitskontext am häufigsten auf?</p> <p>16. Bei der dritten Frage geht es um Erfolgsfaktoren für Tabakprävention.</p> <p>Die Faktoren, die in der Literaturanalyse und in der Fokusgruppe besonders hervorgehoben wurden, sind:</p> <p style="padding-left: 40px;">Tabakprävention ist kein Thema mehr in den Schulen Regelungen zu Tabak sind eingeführt und bewährt Massnahmen sollen die Sozialkompetenz und soziale Einflüsse beinhalten Massnahmen der Tabakprävention müssen längerfristig angelegt sein (< 1 Jahr) Partizipation ist wichtig</p> <p>Sind Sie mit diesen Aussagen einverstanden? Sehen Sie andere Faktoren oder Methoden, die für eine erfolgreiche TP im Setting Bildung resp. in Ihrem Arbeitsumfeld wichtig sind?</p> <p>17. Sehen Sie Lücken? Zum Beispiel für bestimmte Zielgruppen oder Orte?</p> <p><i>Nachfragen: In der Fokusgruppe wurde erwähnt, dass Schulübergänge eine besondere Herausforderung darstellen (erhöhte Anforderungen an Jugendliche, ehemalige Bezugspersonen nicht mehr zuständig, neue noch nicht bekannt). Teilen Sie diese Ansicht? Wie könnte dieser Herausforderung begegnet werden?</i></p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| <p>Erwartungen und Vorbehalte/Befürchtungen</p> | <p>18. Welche Art (Form) der Tabakprävention wäre im Setting Bildung Ihrer Meinung nach nützlich?</p> <p><i>Nachfragen: Auf struktureller Ebene? Auf individueller Ebene?</i></p> <p>19. Was darf Tabakprävention im Setting Bildung nicht? Was gilt es, zu vermeiden, wenn man Tabakprävention im Setting Bildung umsetzt?</p> <p><i>Nachfragen: Auf struktureller Ebene? Auf individueller Ebene?</i></p> |
| <p>Partizipation</p> | <p>Bei den folgenden Fragen geht es um MultiplikatorInnen im Setting Bildung, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - um Lehrpersonen und Schulleitungen auf allen Bildungstufen - um Schulkommissionen, Elternräte, Tagesschulen, etc. <p>20. Welche MultiplikatorInnen wären wichtig?</p> <p>Wie und wann (in welcher Projektphase) müsste man sie bei der <i>Entwicklung</i> von Präventionsaktivitäten im Setting Bildung einbeziehen?</p> <p>Wie und wann (in welcher Projektphase) müsste man sie bei der <i>Umsetzung</i> von Präventionsaktivitäten im Setting Bildung einbeziehen?</p> <p><i>Nachfragen: Welches sind Ihre Erfahrungen mit dem Einbezug von MultiplikatorInnen bei Präventionsaktivitäten? Welche sind wichtig? Beim Entwickeln? Beim Umsetzen?</i></p> <p>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 Bildung einbeziehen? Haben Sie selbst Erfahrung damit? Welche?</p> <p>22. Primäres Zielpublikum sind ja Kinder und Jugendliche.</p> <p>Wie und wann (in welcher Projektphase) müsste man Kinder und Jugendliche einerseits bei der Entwicklung, andererseits bei der Umsetzung von Präventionsaktivitäten einbeziehen?</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| Zusammenarbeit | <p>23. Welches sind die Organisationen, Netzwerke, Akteure/Akteurinnen, die dem Setting Bildung nahe sind und die in der Tabakprävention mitarbeiten könnten oder sollten?</p> <p>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?</p> <p>Interessant vor allem: Nationale oder supraregionale Organisationen, Netzwerke und Akteure/Akteurinnen <i>Nachfragen: Welche Rolle könnten Dachorganisationen spielen?</i></p> <p><i>Haben Sie Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Dachorganisationen und/oder entsprechende Empfehlungen, die sie mit uns teilen könnten? Wie funktionieren Dachorganisationen?</i></p> |
| Schlussfrage | <p>24. Haben Sie Empfehlungen und Vorschläge, um Tabakprävention und GF im Bereich Bildung zu fördern, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?</p> |

| | |
|--|--|
| Abschluss | |
| Informationen zum weiteren Projektverlauf | <p>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.</p> |
| Dank | <p>Vielen Dank für Ihre wertvollen Auskünfte.</p> |

Anhang IV: Leitfaden telefonische Interviews Französisch – 24. November 2016

| | |
|---------------------|--|
| Introduction | <p>Remercier d'avoir accepté l'interview.</p> <p>Demander l'accord de l'interviewé-e quant à l'enregistrement de l'entretien, en lui assurant le respect de l'anonymat.</p> <p>Bref exposé sur le contenu et les objectifs du projet</p> |
| Objectif | <p>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 formation, mais dans d'autres domaines d'activités que le vôtre.</p> <p>Tout au long de cette interview, nous utiliserons l'expression "setting Formation" pour parler du contexte de la formation au sens large.</p> |

| | |
|---|---|
| Projets actuels/ intervention/ mesures, lacunes et facteurs de succès perçus | <p>25. Quelles offres ou mesures de prévention du tabagisme et de promotion de la santé existantes dans le setting Formation connaissez-vous en lien avec votre travail?</p> <p>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?</p> <p>27. La prochaine question a trait aux facteurs de succès de la prévention du tabagisme.</p> <p>Les éléments particulièrement mis en évidence dans le cadre de la recherche de littérature et du groupe focus sont les suivants:</p> <p style="padding-left: 40px;">La prévention du tabagisme n'est plus un thème dans les écoles Des règlements en matière de consommation de tabac à l'école ont été introduits et ont fait leur preuve Les interventions doivent intégrer les approches "influence sociale" <u>et</u> "compétences sociales" Les interventions doivent être menées sur le long terme (> 1 an) La participation (implication des multiplicateurs et de la population cible dans la conception et la mise en œuvre d'interventions/mesures préventives) est importante. Êtes-vous d'accord avec ces différents éléments? Voyez-vous d'autres facteurs ou méthodes pour une prévention du tabagisme efficace dans le setting Formation resp. dans votre contexte de travail?</p> <p>28. Voyez-vous des lacunes, par exemple pour certains groupes cibles ou lieux spécifiques?</p> <p><i>Approfondir: Dans le cadre du groupe focus, il a été mentionné que les transitions scolaires (passage d'un degré à l'autre)</i></p> |
|---|---|

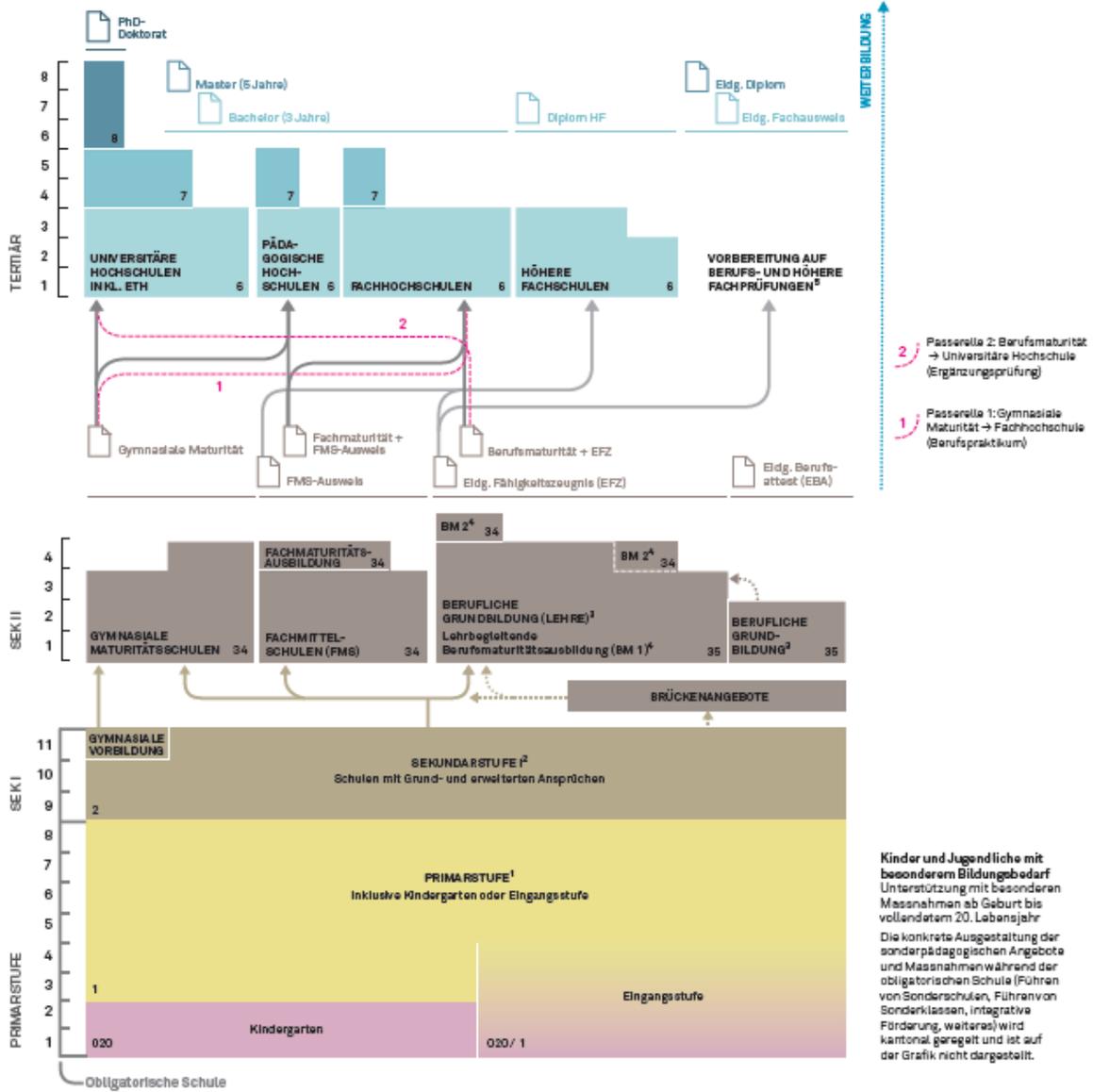
| | |
|---|--|
| | <p><i>représentent un défi particulier (davantage d'exigences envers les élèves, les anciennes personnes de référence ne sont plus à disposition tandis que les nouvelles sont encore des inconnues).</i></p> <p><i>Partagez-vous ce point de vue? Comment pourrait-on faire face à ce défi?</i></p> |
| <p>Attentes et réserves/craintes</p> | <p>29. Quel-le type ou forme de prévention du tabagisme dans le setting Formation pourrait être utile selon vous?</p> <p><i>Approfondir: Au niveau structurel? Au niveau individuel/comportemental?</i></p> <p>30. Qu'est-ce qui devrait être évité en matière de prévention du tabagisme et de promotion de la santé dans le setting Formation.</p> <p><i>Approfondir: Au niveau structurel? Au niveau individuel/comportemental?</i></p> |
| <p>Participation</p> | <p>Les questions suivantes portent sur les multiplicateurs dans le setting Formation, par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> - enseignant-e-s et directions d'établissement de tous les degrés et types d'enseignement - commissions scolaires, associations de parents, accueil pour enfant en milieu scolaire, etc. <p>31. Quels sont les types de multiplicateurs clé?</p> <p>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 Formation?</p> <p><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></p> <p>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 Formation? Avez-vous des expériences en la matière? Si oui, lesquelles?</p> <p>33. La première population cible de la prévention du tabagisme sont les enfants et adolescent-e-s.</p> <p>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 Formation?</p> |

| | |
|------------------------|---|
| Collaboration | <p>34. Quel-le-s sont les organisations, réseaux, acteurs/trices, proches du setting Formation qui pourraient ou devraient collaborer en matière de prévention du tabagisme et de promotion de la santé?</p> <p>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?</p> <p>Particulièrement intéressant pour nous: organisations, réseaux, acteurs/trices nationaux ou suprarégionaux <i>Approfondir. Quel rôle pourraient jouer les organisations faïtières?</i></p> <p><i>Avez-vous des expériences en matière de collaboration avec des organisations faïtières et/ou des recommandations à ce sujet dont vous pourriez nous faire part? Comment ces organisations faïtières fonctionnent-elles?</i></p> |
| Question finale | <p>35. Avez-vous des propositions ou recommandations pour promouvoir la prévention du tabagisme et la promotion de la santé dans le setting Formation dont nous n'aurions pas encore parlé ?</p> |

| | |
|--|---|
| Conclusion | |
| Informations sur la suite du projet | <p>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.</p> |
| Remerciements | <p>Un grand merci pour ces précieuses informations.</p> |

Anhang V: Das Bildungssystem Schweiz, Stand November 2015

DAS BILDUNGSSYSTEM SCHWEIZ



ISCED | International Standard Classification of Education 2011

- ISCED 8
- ISCED 7
- ISCED 6
- ISCED 4
- ISCED 34 + 35
- ISCED 2
- ISCED 1
- ISCED 020

- ¹ Zwei Jahre Kindergarten resp. die beiden ersten Jahre einer Eingangsstufe in der Mehrheit der Kantone ins Obligatorium eingebunden
- ² Sekundarstufe I: Kanton Tessin mit vierjähriger scuola media (gemäss Ausnahmebestimmung in Art. 6 HarmoS-Konkordat)
- ³ Berufliche Grundbildung (Lehre): Ausbildung im Lehrbetrieb + Unterricht an Berufsfachschulen + Besuch überbetrieblicher Kurse; Ausbildung an Volkshochschule möglich
- ⁴ Berufsmaturität: Lehrbegleitend (BM 1) oder im Anschluss an die Lehre (BM 2); Dauer BM 2: Vollzeit 1 Jahr, Teilzeit 1,5-2 Jahre
- ⁵ Eidg. Berufsprüfung / Eidg. Fachausweis = ISCED 0; Höhere Fachprüfung / Eidg. Diplom = ISCED 7

Anhang VI: Erfolgsversprechende Ansätze - Reviews oder Metaanalysen

| Review/Metaanalyse Kürzel Referenz | Studienkategorien Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppen univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Review-Design Anzahl Studien, Ein- und Ausschlusskriterien, methodologische Einschränkungen | Hauptergebnisse | Folgerungen für Good-Practice |
|---|--|--|---|---|--|
| Champion, K. E. et al. (2013), A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet | Unimodal school, multifocal alcohol and other drug, Social competences | Universal prevention, 13-15 years old, high school | A systematic review of Internet- or computer-based prevention program for alcohol or other drug delivered at school, randomisation, double-blinding and withdrawals and drop-outs, N=12, follow-ups from 6 to 34 months | Six programs achieved reductions in alcohol, cannabis or tobacco use at post intervention and/or follow up. Two interventions were associated with decreased intentions to use tobacco and two significantly increased alcohol and drug-related knowledge. | Together with the implementation advantages and high fidelity associated with new technology, programs facilitated by computers and the Internet offer a potentially efficacious delivery method for school-based prevention. Results from the present review also compare favourably with traditional, non-computerised programs. |
| Coppo, A. et al. (2014), School policies for preventing smoking among young people | Unimodal school, unifocal tobacco, Policies | Universal prevention, 10-18 years old, primary and secondary schools | Review of the evidence that School tobacco policies might prevent smoking initiation, cluster-randomised controlled trials or non-randomised controlled trial, interrupted time series and controlled before-after studies, cross-sectional studies were not formally included, N=1, smoking prevalence | In the only included c-RCT with 1807 participants, the intervention did not significantly affect students' smoking behavior. | - |
| De Kleijn, M. J. J. et al. (2015), Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls | Unimodal school, unifocal tobacco, various approaches | Universal prevention (girls), <18 years old | Systematic review of articles published since 1992, including comparison studies, design, randomized and other controlled trials, smoking behavior results for girls (quit smoking, intention to quit, retention rates), N=37 | The overall pooled effect was a relative risk of 0.96. One study in which a school-based intervention was combined with a mass media intervention showed more promising results compared to only school-based prevention, and four studies with girl-specific interventions that could not be included in the pooled analysis, reported a statistically significant benefits for attitudes and intentions about smoking and quit rates. | Combining school-based programs with mass media intervention and developing girl-specific interventions, deserve additional study as potentially more effective interventions compared to school-based-only interventions. |
| Flynn, A. B. et al. (2015), Independent evaluation of middle school-based drug prevention curricula | Unimodal school, multifocal drug, various approaches | Universal prevention, USA only, middle school | Systematic review identifying independently evaluated RCTs of universal, middle school-based drug abuse prevention curricula, smoking-only curricula excluded, N=13 | Outcomes were reported for 42 single-drug measures in the independent RCTs, with just 3 presenting statistically significant ($p < .05$) differences between the intervention group and control group. One program revealed statistically significant positive effects at final follow-up (Lions-Quest Skills for Adolescence). | - |

Anhang VI: Erfolgsversprechende Ansätze - Reviews oder Metaanalysen

| Review/Metaanalyse Kürzel Referenz | Studienkategorien Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppen univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Review-Design Anzahl Studien, Ein- und Ausschlusskriterien, methodologische Einschränkungen | Hauptergebnisse | Folgerungen für Good-Practice |
|---|--|--|---|---|---|
| Galanti, M. R. et al. (2014), Anti-tobacco policy in schools: upcoming preventive strategy or prevention myth? A review of 31 studies | Unimodal school, unifocal tobacco, policies | Universal prevention, 10-21 years old, high school | Review, including studies if they targeted the relevant grades/age, reported at least one outcome measure of students' ever or current tobacco use, reported on the effects of exposure to policy separately from other interventions, N=31 | Studies were rather consistent in indicating that comprehensive smoking bans, clear rules, strict policy enforcement, availability of education and prevention were associated with decreased smoking prevalence. Formally adopted and written policies, surveillance of students' behaviour and presence/severity of sanctions were not associated to students' tobacco use. The evidence concerning the effectiveness of a school policy alone in preventing youth tobacco use is weak and inconclusive. | - |
| Hale, D. R. et al. (2014), A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence | Multimodal settings, multifocal health risk behaviors, various approaches | Universal or selective prevention, 10-21 years old | Systematic review of primary and secondary interventions that prevented or reduced 2 or more adolescent health risk behaviors (tobacco use, alcohol use, illicit drug use, risky sexual behavior, aggressive acts), randomized controlled trials, most were school-based conducted in the United States, N=44 | Effects were small. In some studies, effects for more than one health risk behavior only emerged at long-term follow-up. Integrated prevention programs are feasible and effective and may be more efficient than discrete prevention strategies. | - |
| Jackson, C. et al. (2012), Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review | Multimodal settings, multifocal substance use and risky sexual behaviour, various approaches | Universal prevention, 11-25 years old | Systematic review, experimental studies, universal approach, published in english, interventions implemented in young people aged about 5 to 25 years and minimum 6 months follow-up, N=18 | Interventions effects were mixed, with most programmes having a significant effect on some outcomes, but not others. The most promising interventions addressed multiple domains (individual and peer, family, school and community) of risk and protective factors for risk behaviour. Programmes that addressed just one domain were generally less effective in preventing multiple risk behaviour. | Intervening in the mid-childhood school years may have an impact on later risk behaviour. |
| Jackson, C. et al. (2012), An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood | Multimodal settings, multifocal risk behaviour, various approaches | Universal prevention, 5-25 years old | Overview that synthesize the evidence on "what works" to prevent multiple risk behaviour (focusing on tobacco, alcohol, illicit drug use and sexual risk behaviour), minimum 6 months follow-up and outcomes reported between ages 11 and 25 years | The most promising programme approaches for reducing multiple risk behaviour simultaneously address multiple domains of risk and protective factors predictive of risk behaviour. These programmes seek to increase resilience and promote positive parental/family influences and/or healthy school environments supportive of positive social and emotional development. Wider influences on risk behaviour, such as culture, media and social climate also need to be addressed through broader social policy. | - |

Anhang VI: Erfolgsversprechende Ansätze - Reviews oder Metaanalysen

| Review/Metaanalyse Kürzel Referenz | Studienkategorien Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppen univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Review-Design Anzahl Studien, Ein- und Ausschlusskriterien, methodologische Einschränkungen | Hauptergebnisse | Folgerungen für Good-Practice |
|--|---|--|---|--|-------------------------------|
| Langford, R. et al. (2015), The World Health Organization's Health Promoting School framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis | Multimodal settings, multifocal health, The World Health Organization's Health Promoting Schools (HPS) framework (a holistic approach to promote health and educational attainment in school) | Universal prevention, 4-18 years old | Systematic review and meta-analysis, cluster randomised controlled trials, age 4-18 years, HPS interventions had to include three elements: input into the curriculum, changes to the school's ethos or environment and engagement with families and/or local communities, N=67 | Positive average intervention effects were found for : body mass index, physical activity and fitness, fruit and vegetables intake, tobacco use and being bullied. Intervention effects were generally small. | - |
| Rodgers, K. C. (2012), A review of multicomponent interventions to prevent and control tobacco use among college students | Unimodal school, unifocal tobacco, various approaches | Universal prevention, United States | Review of tobacco prevention and control programs on college campuses, inclusion criteria: having more than 1 tobacco control program component and the journal must be peer-reviewed and the research must have been conducted at a college or university, N=8 | The studies that report outcomes found that the multicomponent programs resulted in increased initial quit rates, decreased odds of smoking on campus and decreased relapses after stopping the use of tobacco. | - |
| Saraf, D. S. et al. (2012), A systematic review of school-based interventions to prevent risk factors associated with noncommunicable diseases | Unimodal school, multifocal risk factors associated with noncommunicable diseases, various approaches | Universal prevention | Systematic review of school-based interventions for prevention of NCD risk factors (physical activity, diet and tobacco consumption). Restricted to articles published in school settings from 2001 to 2010, N=37 | The proportion of studies showing a positive result was 83% among those that involved family, 87% that involved both community and family, and 76% that involved school only. Overall, 80% of the studies reported at least some evidence of a positive intervention effect. | - |
| Shackleton, N. et al. (2016), School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: Systematic review of reviews | Multimodal settings, multifocal health, various approaches | Universal prevention, 11-18 years old | Systematic review of reviews, included if they included randomized controlled trial or nonrandomized controlled before-after designs and if they reported results separately for interventions within our remit, N=22 | Our syntheses suggests that multicomponent school-based interventions including school policy changes, parent involvement and/or work with local communities, are effective for promoting sexual health and preventing bullying and smoking. School clinics can promote smoking cessation. | - |

Anhang VI: Erfolgsversprechende Ansätze - Reviews oder Metaanalysen

| Review/Metaanalyse Kürzel Referenz | Studienkategorien Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppen univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Review-Design Anzahl Studien, Ein- und Ausschlusskriterien, methodologische Einschränkungen | Hauptergebnisse | Folgerungen für Good-Practice |
|--|---|--|---|---|-------------------------------|
| Sussman, S. et al. (2014), Alcohol, tobacco, and other drug misuse prevention and cessation programming for alternative high school youth: A review | Unimodal school, multifocal drug misuse, various approaches | Selective prevention, 13-17 years old, alternative high school (AHS), youth | Systematic review, included studies with no control group, N=23 | Alcohol, tobacco, and other drug misuse prevention and cessation programming for AHSs is effective, delivered in the classroom or as a school-based clinic. There is little evidence, though, that this programming is effective when delivered through other modalities such as via computer or bridging beyond the school setting. | - |
| Thomas, R.E. et al. (2013), School-based programmes for preventing smoking (Review) | Unimodal school, unifocal tobacco, various approaches | Universal prevention, 5-18 years old | Systematic review, randomised controlled trials, at least 6 months follow-up, outcome measures could be never smoking, frequency of smoking, number of cigarettes smoked or smoking indices, N=134 | Pure Prevention cohorts (49 studies): pooled results at follow-up at one year or less found no overall effect of intervention curricula versus control. In a subgroup analysis, the combined social competence and social influences curricula (six RCTs) showed a statistically significant effect in preventing the onset of smoking, whereas significant effects were not detected in programmes involving information only, social influences only, or multimodal interventions. In contrast, pooled results at longest follow-up showed an overall significant effect favouring the intervention. Subgroup analyses detected significant effects in programmes with social competence curricula and the combined social competence and social influences curricula, but not in those programmes with information only, social influence only and multimodal programmes. Change in Smoking Behaviour over time (15 studies): at one year or less there was a small but statistically significant effect favouring controls. For follow-up longer than one year there was a statistically nonsignificant effect. | - |
| Wolfenden, L. et al. (2014), Translation of tobacco control programs in schools: findings from a rapid review of systematic reviews of implementation and dissemination interventions | Unimodal school, unifocal tobacco, various approaches | Universal prevention | Rapid review of systematic reviews, published from 1992 to 2012 and that examined the effectiveness of implementation and dissemination strategies for facilitating the adoption of tobacco policies or programs in school, N=1 | Little rigorous evidence exists to guide the implementation and dissemination of tobacco prevention programs in school. | - |
| Das et al. (2016) *, Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews | Multimodal settings, multifocal substance abuse, various approaches | | | | |

* Diese Studie wurde nicht in der Literaturanalyse berücksichtigt, da sie nach der Literatursuche (Oktober 2016) publiziert wurde.

Anhang VI: Erfolgsversprechende Ansätze - Reviews oder Metaanalysen

Referenzliste

- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. *Drug and Alcohol Review, 32*(2), 115-123. DOI 10.1111/j.1465-3362.2012.00517.x.
- Coppo, A., Galanti, M. R., Giordano, L., Buscemi, D., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10). DOI 10.1002/14651858.CD009990.pub2.
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health, 59*(4S), S61-S75. DOI 10.1016/j.jadohealth.2016.06.021.
- De Kleijn, M. J., Farmer, M. M., Booth, M., Motala, A., Smith, A., Sherman, S., et al. (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. *Systematic Reviews, 4*, 109. DOI 10.1186/s13643-015-0082-7.
- Flynn, A. B., Falco, M., & Hocini, S. (2015). Independent evaluation of middle school-based drug prevention curricula: A systematic review. *JAMA Pediatrics, 169*(11), 1046-1052. DOI 10.1001/jamapediatrics.2015.1736.
- Galanti, M. R., Coppo, A., Jonsson, E., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). Anti-tobacco policy in schools: Upcoming preventive strategy or prevention myth? A review of 31 studies. *Tobacco Control, 23*(4), 295-301. DOI 10.1136/tobaccocontrol-2012-050846.
- Hale, D. R., Fitzgerald-Yau, N., & Viner, R. M. (2014). A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *American Journal of Public Health, 104*(5), 19-41. DOI 10.2105/ajph.2014.301874.
- 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. DOI 10.1111/j.1360-0443.2011.03751.x.
- 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*, i31-i40. DOI 10.1093/pubmed/fdr113.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., et al. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 15*, 130. DOI 10.1186/s12889-015-1360-y.
- Rodgers, K. C. (2012). A review of multicomponent interventions to prevent and control tobacco use among college students. *Journal of American College Health, 60*(3), 257-261. DOI 10.1080/07448481.2011.587486.
- Saraf, D. S., Nongkynrih, B., Pandav, C. S., Gupta, S. K., Shah, B., Kapoor, S. K., et al. (2012). A systematic review of school-based interventions to prevent risk factors associated with noncommunicable diseases. *Asia Pacific Journal of Public Health, 24*(5), 733-752. DOI 10.1177/1010539512445053.
- 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.
- Sussman, S., Arriaza, B., & Grigsby, T. J. (2014). Alcohol, tobacco, and other drug misuse prevention and cessation programming for alternative high school youth: A review. *Journal of School Health, 84*(11), 748-758. DOI 10.1111/josh.12200.
- Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). DOI 10.1002/14651858.CD001293.pub3.
- Wolfenden, L., Carruthers, J., Wyse, R., & Yoong, S. (2014). Translation of tobacco control programs in schools: Findings from a rapid review of systematic reviews of implementation and dissemination interventions. *Health Promotion Journal of Australia, 25*(2), 136-138. DOI 10.1071/he13089.

Anhang VII: Erfolgsversprechende Ansätze - Einzelstudien

| Studie Kürzel Referenz | Studienkategorie Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppe univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Studiendesign Anzahl Individuen, Cluster, Kontrollgruppe, Messindikator, Messzeitpunkt, methodologische Einschränkungen | Beschreibung der Intervention Ziel, Durchführung | Hauptergebnisse |
|---|--|---|---|---|--|
| Andersen, A. et al. (2015), Effects of the X:IT smoking intervention: a school- based cluster randomized trial | Multimodal school and family, unifocal tobacco, multicomponent (Social competences, School policies, Incentives) | Universal prevention, Denmark, mean age 12.5 years old | Cluster randomized controlled trial, N=4041, 13.7% attrition, current smoking, 1 and a half year follow-up | X:IT smoking intervention is a multi-component school-based programme involving educational, parental and context-related components. | After 1 year of the intervention, the prevalence was 7.9% for intervention students and 10.7% for control students. |
| Andrews, J. A. et al. (2014), Long-term efficacy of click city(r): tobacco: a school-based tobacco prevention program | Unimodal school, unifocal tobacco, Social competences + Social influence | Universal prevention, United States, 10-11 years old, 5th-grade classrooms | Randomized controlled trial, N=2322, 30% attrition, behavioral intention to smoke and ever smoking an entire cigarette, 1 year and 2 years follow-ups | Click City : Tobacco is an innovative, computer-based tobacco prevention program that targets etiological mechanisms predictive of future willingness and intentions to use tobacco and initiation of tobacco use. | Intention and willingness to smoke increased less among intervention students than among control students. Among student who reported that they had tried cigarettes at baseline, 10.7% of intervention students had smoked an entire cigarette as compared to 16.9% of control students. For those who had not tried smoking prior to baseline, 3.9% of intervention students compared to 2.6% of control students reported smoking an entire cigarette at follow- up. |
| Bannink, R. et al. (2014), Effectiveness of a Web- based tailored intervention (E-health4Uth) and consultation to promote adolescents' health: randomized controlled trial | Unimodal school, multifocal adolescents' health, Knowledge + cessation | Universal prevention + Selective prevention, Netherlands, 15-16 years old, secondary school, adolescents + adolescents at risks of mental problems | 3-armed cluster randomized controlled trial, N=1702, 30% attrition, to assess well-being (mental health status and health- related quality of life) and health behaviors (alcohol, drug use, smoking, safe sex), 4 months follow-up | Two interventions using Web-based tailored messages (E- health4Uth and E-health4Uth + consultations) were implemented. The messages focused on topics related to health-risks behaviors and well-being. After completing the questionnaire via the Internet, the participants were presented with a message tailored to the answers given in the questionnaire that reflected the person's current behavior and the adolescent was offered advice to change unhealthy behavior and/or to talk to a person of trust. Additionally, adolescents at risks of mental health problems were invited for a consultation with a nurse. The consultation took place at school and was provided by school nurses who were already working at the schools. The nurses were trained to apply motivational interviewing. | The E-health4Uth intervention standalone and with consultations showed minor positive results in a small number of outcomes, but not for smoking (smoking: p=.9 and p=.84). |
| Brinker, T. J. et al. (2015), Education Against Tobacco (EAT): a quasi- experimental prospective evaluation of a multinational medical- student-delivered smoking prevention programme for secondary schools in Germany | Unimodal school, unifocal tobacco, Social competences + Social influence | Universal prevention, Germany, 10-15 years old, secondary school | Quasi-experimental design, N=1474, 15% attrition, smoking prevalence and percentage of former and new smokers, 6 months follow-up | Two 60 minutes school-based modules delivered by medical students. | In the control group, the percentage of students who claimed to be smokers doubled from 4.2% to 8.1%, whereas it remains almost the same in the intervention group (7.1% to 7.4%, p=0.01). The likelihood of quitting smoking was almost six times higher in the intervention group (p<0.01). However, no primary preventive effect was found. |

Anhang VII: Erfolgsversprechende Ansätze - Einzelstudien

| Studie Kürzel Referenz | Studienkategorie Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppe univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Studiendesign Anzahl Individuen, Cluster, Kontrollgruppe, Messindikator, Messzeitpunkt, methodologische Einschränkungen | Beschreibung der Intervention Ziel, Durchführung | Hauptergebnisse |
|---|--|---|---|--|--|
| Chansatiporn, N. et al. (2016), Three-month effects of Project EX: A smoking intervention pilot program with Thai adolescents | Unimodal school, unifocal tobacco, cessation | Indicated prevention, Thailand, 12-19 years old, only smokers | Quasi-experimental controlled trial, N=185, 13% attrition, intent-to-treat quit rate (intention to stop) and 30-day smoking, 3 months follow-up | Project EX is a school-based clinic program. | At follow-up, the intent-to-treat quit rate was 23% in the program group and 11% in the standard car control group ($p < 0.02$). The intervention also lowered the level of past 30-day smoking among persons who did not quit, while no change in level of smoking was reported in the control condition. |
| Conduct Problems Prevention Research Group (2014), Trajectories of Risk for Early Sexual Activity and Early Substance Use in the Fast Track Prevention Program | Multimodal school and family, multifocal substance use and sexual activity, Social competences | Selective prevention, United States, 5-6 years old, elementary school and middle school, behaviorally disruptive children | Randomized controlled trial, N=1199, 30% attrition, Every-year survey to assess the initiation of problem behaviors, 12 years follow-up | The intervention includes parents and teachers and is organized to provide intensive intervention at school entry with ongoing monitoring and intervention support through the transition into high school. During the elementary phase the program offers social skills training for children, parenting management skills training for parents and parent-child relationships with monthly boosters. The middle school transition program includes 6 child sessions on organization and study skills and parents sessions focused on developing positive connections with counselors and teachers. | No significant effects reducing initiation of substance use emerged (all $p > .10$). |
| Gorini, G. et al. (2014), Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: the LdP cluster randomized controlled trial | Unimodal school, unifocal tobacco, multicomponent | Universal prevention, Italy, 14-15 years old, high school and vocational secondary school | Cluster randomized controlled trial, N=989, 20% attrition, past 30-days smoking and daily cigarette use, self-reports, immediate and 18 months follow-ups | The Luoghi di Prevenzione-Prevention Grounds programme consisted of the "Smoking Prevention Tour" out-of-school workshop, one in-depth lesson on one Smoking Prevention Tour topic, a life-skills peer-led intervention and enforcement surveillance of school antismoking policy. | Past 30-days smoking and daily cigarette use at follow-up were 31% and 46% lower for intervention students compared to control students. |
| Isensee, B. et al. (2014), Effects of a school-based prevention programme on smoking in early adolescence: a 6-month follow-up of the 'Eigenständig werden' cluster randomised trial | Unimodal school, unifocal tobacco, Social competences + Social influence | Universal prevention, Germany, 10-12 years old, public secondary school | Two-arm prospective cluster randomized controlled trial, N=3444, 27% attrition, lifetime and current smoking, incidence of smoking in baseline never smokers, smoking-related knowledge, attitudes, perceived norms of smoking and self-efficacy to refuse cigarette offers, 6 months follow-up | Eigenständig werden 5+6 is a school-based prevention program to enhance substance-specific and general life skills, consisting of 14 units and two workshops being taught over a time of 2 years by trained teachers. | Compared with control group, students of intervention classes showed significantly lower rates for lifetime smoking ($p=0.026$) and incidence of smoking ($p=0.047$), a higher increase of smoking-related knowledge ($p < 0.001$) and a greater change in attitudes towards a more critical perception of risks and disadvantages of smoking ($p=0.002$). No group differences were found for current smoking, perceived norms of smoking and self-efficacy to refuse cigarette offers. |

Anhang VII: Erfolgsversprechende Ansätze - Einzelstudien

| Studie Kürzel Referenz | Studienkategorie Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppe univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Studiendesign Anzahl Individuen, Cluster, Kontrollgruppe, Messindikator, Messzeitpunkt, methodologische Einschränkungen | Beschreibung der Intervention Ziel, Durchführung | Hauptergebnisse |
|---|---|---|---|--|---|
| Kanicka, M. et al. (2013), Effect of an anti-tobacco programme of health education on changes in health behaviours among junior high school adolescents in Bialystok, Poland | Unimodal school, unifocal tobacco, Social competences | Universal prevention, Poland, 16 years old | Randomized controlled trial, N=3318, 10-30% attrition, smoking knowledge, attitudes and behaviors, 6 months follow-up | A 2-years health education programme. | In the group of adolescents covered by the educational programme, a significant increase was observed by 11.6% in the percentage of knowledge of the negative effects of tobacco smoking. Both in the group covered by the programme and the control group, the percentage of smokers significantly increased (by 12.8% and 12.7% respectively). |
| Krishnan-Sarin, S. et al. (2013), An exploratory randomized controlled trial of a novel high-school-based smoking cessation intervention for adolescent smokers using abstinence-contingent incentives and cognitive behavioral therapy | Unimodal school, unifocal tobacco, cessation, incentives | Indicated prevention, United States, 14 years old and above, high school, regular smokers | Randomized controlled trial, N=82, 13% attrition, seven-day end-of-treatment (EOT), point prevalence (PP), abstinence, 1 and 3 months follow-ups | A novel intervention to motivate tobacco use behavior change by enhancing desire to quit through the use of abstinence-contingent incentives (CM), increasing cessation skills through the use of cognitive behavioral therapy (CBT) and removing cessation barriers through delivery within high schools. | Among participants who initiated the treatment, group differences ($p < 0.01$) in seven-day EOT-PP abstinence were observed with higher abstinence in the CM+CBT (36.7%) and CM (36.3%) conditions when compared with CBT (0%). One-day EOT-PP abstinence evidenced similar effects ($p < 0.01$). At one- and three-month follow ups, while no differences were observed, the CM alone group had the slowest increase in cigarette use. |
| Leatherdale S. T. & Cole, A. (2015), Examining the impact of changes in school tobacco control policies and programs on current smoking and susceptibility to future smoking among youth in the first two years of the COMPASS study: looking back to move forward | Unimodal school, unifocal tobacco, Policies | Universal prevention, Canada, 14-18 years old | Quasi-experimental tests of proportion and difference-in-difference models to evaluate the impact of interventions on school-level prevalence of smoking susceptibility among never smokers and current smoking, N=24173, 18.9% attrition, smoking susceptibility and current smoking | Longitudinal school-level behaviour data from 2012-2014 of the COMPASS study. Changes to school-level tobacco control programs and policies were measured using the COMPASS School Programs and Policies Questionnaire and knowledge broker follow-up interviews. | In four of the intervention schools, the increase in the within-school prevalence of susceptible smokers was significantly greater than the natural change observed in the control schools. In five of the intervention schools, the decrease in the within-school prevalence of current smokers was significantly greater than the natural change observed in the control schools. Only two of the new interventions evaluated were associated with significant desirable changes in both smoking susceptibility and current smoking (policies of progressive punishment for student caught smoking on school property). |
| Luna-Adame, M. et al. (2013), Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the 'Life Skills Training' approach | Unimodal school, unifocal tobacco, Social competences + Knowledge | Universal prevention, Spain, 10-15 years old, secondary school | Randomized controlled trial, N=1048, 23% attrition, tobacco consumption rate, 1 year follow-up | Program based on the Life Skills Training approach was not applied by teachers but by well-trained people. | No significant difference in tobacco consumption rate between the intervention and control groups was observed at the end of the program ($p > 0.05$) or at the follow-up evaluation 1 year later ($p > 0.05$). |

Anhang VII: Erfolgsversprechende Ansätze - Einzelstudien

| Studie Kürzel Referenz | Studienkategorie Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppe univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Studiendesign Anzahl Individuen, Cluster, Kontrollgruppe, Messindikator, Messzeitpunkt, methodologische Einschränkungen | Beschreibung der Intervention Ziel, Durchführung | Hauptergebnisse |
|---|--|---|---|---|--|
| Malmberg, M. et al. (2014), Effectiveness of the 'Healthy School and Drugs' prevention programme on adolescents' substance use: a randomized clustered trial | Unimodal school, multifocal substance use, Social competences + Knowledge | Universal prevention, Netherlands, 11-15 years old, secondary school | Randomized clustered trial with two intervention conditions (i.e. e-learning and integral), N=3784, 34% attrition, new incidences of alcohol, tobacco (life-time and 1-month prevalence) and marijuana use, 8 and 20 and 32 months follow-ups | The Healthy School and Drugs programme is a Dutch school-based prevention programme for early adolescents. | Main effect analyses showed no programme effects on incidences of alcohol, tobacco (life-time: e-learning condition p=0.444; integral condition p=0.119 and 1-month: e-learning condition p=0.746; integral condition p=0.093) or marijuana consumption. |
| Marsiglia, F.F. et al. (2014), Short-term effects on substance use of the keepin' it real pilot prevention program: linguistically adapted for youth in Jalisco, Mexico | Unimodal school, multifocal substance use, Social competences + Social influence | Universal prevention, Mexico, mean age 13 years old, public middle school | Randomized controlled trial, N=432, 4% attrition, frequency and amount of alcohol and cigarette use, self-reports, immediate follow-up, statistically significant difference between treatment and control group in the amount of cigarettes smoked at posttest, with treatment group reporting less. | The keepin' it REAL program aims to increase the youth's drug resistance skills and to promote anti-substance use norms and attitudes which are achieved through interactive lessons. It teaches students how to use the four resistance strategies - refuse, explain, avoid, leave (REAL) -. | Statistically significant difference in alcohol frequency and cigarette amount (p<.05), and marginally significant differences for cigarette frequency (p<.10) in the treatment group when compared to the control group. When the sample was split by gender, statistically significant treatment effects remained for females but were not observed among males. |
| Maruska, K. et al. (2016), The Role of Substance-Specific Skills and Cognitions in the Effectiveness of a School-Based Prevention Program on Smoking Incidence | Unimodal school, unifocal tobacco, Social competences + Social Influence | Universal prevention, Germany, 10-12 years old, public secondary school | Five-wave cluster randomized controlled trial, N=3204, 24% attrition, it was investigated whether the program's effect on smoking onset is mediated by substance-specific skills and cognitions, 15 months follow-up | Eigenständig werden 5+6 is a school-based prevention program to enhance substance-specific and general life skills, consisting of 14 units and two workshops being taught over a time of 2 years by trained teachers. | Multiple mediation analyses revealed a statistically significant total indirect effect that accounted for 30.8% of the total effect. Significant indirect effects could be found for normative expectations concerning peer smoking and the resistance skill. Goog practice: Results of the study emphasize the importance of substance-specific skills and cognitions in the effectiveness of school-based programs. |
| Minary, L. et al. (2013), Efficacy of a smoking cessation program in a population of adolescent smokers in vocational schools: a public health evaluative controlled study | Unimodal school, unifocal tobacco, Knowledge + Social competences | Universal prevention + indicated prevention, France, 15-20 years old, vocational school | Quasi-experimental controlled study, N=1814, 34% attrition, 30-day point prevalence abstinence and smoking prevalence, 12 months follow-up | TABADO program included a general information session for all students and small-group sessions plus individual counselling and nicotine therapy, if needed, for volunteers in an enhanced program. | Among the baseline smokers, and considering those lost to follow-up as non-abstinent, 10.6% in the intervention group were abstinent at 12 months versus 7.4% in the control group (p=0.03). At 12 months, smoking prevalence was 50.9% (+2.1%) for the control group and 48.9% (+1%) for the intervention group (p=0.75). |

Anhang VII: Erfolgsversprechende Ansätze - Einzelstudien

| Studie Kürzel Referenz | Studienkategorie Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppe univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Studiendesign Anzahl Individuen, Cluster, Kontrollgruppe, Messindikator, Messzeitpunkt, methodologische Einschränkungen | Beschreibung der Intervention Ziel, Durchführung | Hauptergebnisse |
|--|--|---|--|--|---|
| Pardavila-Belio, M. I. et al. (2015), Intervention study for smoking cessation in Spanish college students: pragmatic randomized controlled trial | Unimodal school, unifocal tobacco, cessation, Social competences | Indicated prevention, Spain, 18-24 years old, college, regular smokers | Single-blind, randomized controlled trial, N=255, self-reported abstinence with biochemical verification, number of cigarettes smoked per day, self-reported attempts to quit smoking and stage of change, 6 months follow-up, 37.6% subjects randomized to the intervention group did not receive the complete protocol | A multi-component intervention based on the Theory of triadic Influence of Flay consisted of a 50-minute motivational interview conducted by a nurse and online self-help. | At 6-month follow-up, the smoking cessation incidence was 21.1% in the intervention group compared with 6.6% in the control group. The difference in the mean number of cigarettes at 6 months was significantly different. |
| Skärstrand, E. et al. (2014), Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme | Multimodal school and family, multifocal substance use and norm-breaking behaviours, Social competences + social influence | Universal prevention, Sweden, 12 years old, elementary school | Cluster randomized controlled trial, N= 587, 26% attrition, self-reports episodes of drunkenness, smoking, illicit drug use and others norm-breaking behaviours, 3 years follow-up | The Strengthening Families Programme Swedish version consisted of two parts with seven and five sessions, held separately for youths and parents except two joint family sessions. | No preventive effects were found for all the outcomes. |
| Spoth, R. et al. (2014), Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse | Multimodal school and family, multifocal substance use, Social competences + social influence | Universal prevention, United States, 12-13 years old | Randomized controlled trial, N=2045, 15% attrition, past year cigarette frequency, self-reports, 9.5 years follow-up, those who remained in the study tended to demonstrate lower level of substance use at pretest than those who dropped out | All students in the LST-only and SFP 10-14 + LST conditions were offered the Life Skills Training (LST) program that aims to promote skill development and provide a knowledge base concerning the avoidance of substance misuse. Students are trained in the various LST skills through the use of interactive teaching techniques, plus homework exercises and out-of-class behavioral rehearsal. Teachers trained conducted the 15-session program during classroom. In addition, intervention group families in the SFP 10-14 + IST schools were recruited for the Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14 (SFP 10-14). It targets empirically-based factors originating in the family environment that are associated with adolescent substance misuse. It includes the enhancement of parental skills in nurturing, limit-setting and communication, as well as youth prosocial and peer resistance skills. Schools received monetary compensation for their cooperation in classroom-based assessments. Following high school, the participants themselves were compensated for their time in completing study assessments. | Significant effects indicating lower levels of use for the intervention participants. |

Anhang VII: Erfolgsversprechende Ansätze - Einzelstudien

| Studie Kürzel Referenz | Studienkategorie Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppe univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Studiendesign Anzahl Individuen, Cluster, Kontrollgruppe, Messindikator, Messzeitpunkt, methodologische Einschränkungen | Beschreibung der Intervention Ziel, Durchführung | Hauptergebnisse |
|--|--|---|--|--|---|
| Tahilil, T. et al. (2015), Six-months follow-up of a cluster randomized trial of school-based smoking prevention education programs in Aceh, Indonesia | Unimodal school, unifocal tobacco, Social competences + Knowledge | Universal prevention, Indonesia, 11-14 years old | Randomized controlled trial, N=477, 5% attrition, smoking knowledge, attitudes, intentions and behaviors, self-reports, 6 months follow-up | The intervention consisted of eight classroom sessions on smoking prevention education over two months, plus an Islamic-based program. | Compared to the control group, significant long term effects were found for the health-based intervention program in improved health and Islamic knowledge and a reduction of smoking attitudes ($p < 0.001$). Additionally, for the Islamic-based intervention, there was an improvement of smoking behaviors in the past month ($p = 0.03$). |
| Valdivieso Lopez, E. et al. (2015), Efficacy of a smoking prevention programme in Catalan secondary schools: a cluster-randomized controlled trial in Spain | Unimodal school, unifocal tobacco, Knowledge | Universal prevention, Spain, 11-15 years old, secondary school | Cluster-randomized controlled trial, N=2245, 30% attrition, daily smoking or occasionally during the past 30 days, 1 to 4 years follow-ups | A school-based educational programme comprising seven modules each with a different approach to smoking habits. Each module included activities, work-shops and/or class sessions. | At last follow-up, the prevalence of smokers was 24.4% in the control group and 19.9% in the intervention group. The difference was not significant. |
| Vigna-Taglianti, F.D. et al. (2014), Unplugged, a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial | Unimodal school, multifocal substance use, Social competences + Social influence | Universal prevention, Europe, 12-14 years old, junior high school | Cluster randomized trial, N=7079, 23.5% attrition, prevalence of substance use, 3 months and 15 months follow-ups | The school curriculum Unplugged is based on Social Influence approach and addresses social and personal skills, knowledge and normative beliefs through 12 one-hour interactive sessions delivered by teachers. | At 3 months follow-up, the intervention group had a lower increase in the prevalence of use of tobacco. Significant effects were detected for daily cigarette use. At 15 months follow-up, the increase in the use of tobacco was lower among the students exposed to the curriculum compared to the control group. However, the association with decreased prevalence of cigarette smoking observed at short term was no longer statistically significant. |
| Weichold, K. & Blumenthal A. (2016), Long-Term Effects of the Life Skills Program IPSY on Substance Use: Results of a 4.5-Year Longitudinal Study | Unimodal school, multifocal substance use, Social competences + Social influence + Knowledge | Universal prevention, Germany, 10-11 years old, Regelschule + Gymnasium | Quasi-experimental design with school-wise assignment to intervention and control group, N=1675, 15%(T1)- 60%(T2) attrition, 30-day frequency of cigarette smoking, self-reports, 4 follow-ups spanning about 4.5 years in total | IPSY (Information+Psychosocial Competence=Protection) is implemented by teachers (1-day training) and aims to delay the onset and to reduce the normative increase in the consumption of alcohol and tobacco. The program combines training in intrapersonal and interpersonal Life Skills with instruction on substance-specific skills and the promotion of school bonding, using interactive methods (role plays, group discussion). It consists of 15 basic lessons in grade 5 with boosters sessions in grades 6 and 7. | Groups did not differ with regard to their initial score or accelerated growth over time but differ in their linear growth. Compared to the intervention group, control group students started at the same level but showed a steeper increase in smoking frequency over time. The effect sizes at both time points were about .4. |

Referenzliste

- Andersen, A., Krolner, R., Bast, L. S., Thygesen, L. C., & Due, P. (2015). Effects of the X:IT smoking intervention: A school-based cluster randomized trial. *International Journal of Epidemiology*, *44*(6), 1900-1908. DOI 10.1093/ije/dyv145.
- Andrews, J. A., Gordon, J. S., Hampson, S. H., Gunn, B., Christiansen, S. M., & Slovic, P. (2014). Long-term efficacy of *Click City@: Tobacco*: A school-based tobacco prevention program. *Nicotine & Tobacco Research*, *16*(1), 33-41. DOI 10.1093/ntr/ntt106.
- Bannink, R., Broeren, S., Joosten-van Zwanenburg, E., van As, E., van de Looij-Jansen, P., & Raat, H. (2014). Effectiveness of a Web-based tailored intervention (E-health4Uth) and consultation to promote adolescents' health: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, *16*(5), e143. DOI 10.2196/jmir.3163.
- Brinker, T. J., Stamm-Balderjahn, S., Seeger, W., Klingelhofer, D., & Groneberg, D. A. (2015). Education Against Tobacco (EAT): A quasi-experimental prospective evaluation of a multinational medical-student-delivered smoking prevention programme for secondary schools in Germany. *BMJ Open*, *5*(9), e008093. DOI 10.1136/bmjopen-2015-008093.
- Chansatitporn, N., Charoenca, N., Sidhu, A., Lapvongwatana, P., Kungskulniti, N., & Sussman, S. (2016). Three-month effects of Project EX: A smoking intervention pilot program with Thai adolescents. *Addictive Behaviors*, *61*, 20-24. DOI 10.1016/j.addbeh.2016.05.003.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2014). Trajectories of risk for early sexual activity and early substance use in the Fast Track prevention program. *Prevention Science*, *15*(1), 33-46. DOI 10.1007/s11121-012-0328-8.
- Gorini, G., Carreras, G., Bosi, S., Tamelli, M., Monti, C., Storani, S., et al. (2014). Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, *61*, 6-13. DOI 10.1016/j.ypmed.2014.01.004.
- Isensee, B., Hansen, J., Maruska, K., & Hanewinkel, R. (2014). Effects of a school-based prevention programme on smoking in early adolescence: A 6-month follow-up of the 'Eigenständig werden' cluster randomised trial. *BMJ Open*, *4*(1), e004422. DOI 10.1136/bmjopen-2013-004422.
- Kanicka, M., Poniatowski, B., Szpak, A., & Owoc, A. (2013). Effect of an anti-tobacco programme of health education on changes in health behaviours among junior high school adolescents in Bialystok, Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *20*(1), 167-172.
- Krishnan-Sarin, S., Cavallo, D. A., Cooney, J. L., Schepis, T. S., Kong, G., Liss, T. B., et al. (2013). An exploratory randomized controlled trial of a novel high-school-based smoking cessation intervention for adolescent smokers using abstinence-contingent incentives and cognitive behavioral therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, *132*(1-2), 346-351. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2013.03.002.
- Leatherdale, S. T., & Cole, A. (2015). Examining the impact of changes in school tobacco control policies and programs on current smoking and susceptibility to future smoking among youth in the first two years of the COMPASS study: Looking back to move forward. *Tobacco Induced Diseases*, *13*(1), 8. DOI 10.1186/s12971-015-0031-1.
- Luna-Adame, M., Carrasco-Gimenez, T. J., & Rueda-Garcia, M. D. M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the 'Life Skills Training' approach. *Health Education Research*, *28*(4), 673-682. DOI 10.1093/her/cyt061.
- 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.
- Marsiglia, F. F., Booth, J. M., Ayers, S. L., Nuno-Gutierrez, B. L., Kulis, S., & Hoffman, S. (2014). Short-term effects on substance use of the keepin' it real pilot prevention program: Linguistically adapted for youth in Jalisco, Mexico. *Prevention Science*, *15*(5), 694-704. DOI 10.1007/s11121-013-0421-7.

Anhang VII: Erfolgsversprechende Ansätze - Einzelstudien

- Maruska, K., Hansen, J., Hanewinkel, R., & Isensee, B. (2016). The role of substance-specific skills and cognitions in the effectiveness of a school-based prevention program on smoking incidence. *Evaluation & the Health Professions*, 39(3), 336-355. DOI 10.1177/0163278715588825.
- Minary, L., Cambon, L., Martini, H., Wirth, N., Acouetey, D. S., Thouvenot, F., et al. (2013). Efficacy of a smoking cessation program in a population of adolescent smokers in vocational schools: A public health evaluative controlled study. *BMC Public Health*, 13, 149. DOI 10.1186/1471-2458-13-149.
- Pardavila-Belio, M. I., Garcia-Vivar, C., Pimenta, A. M., Canga-Armayor, A., Pueyo-Garrigues, S., & Canga-Armayor, N. (2015). Intervention study for smoking cessation in Spanish college students: Pragmatic randomized controlled trial. *Addiction*, 110(10), 1676-1683. DOI 10.1111/add.13009.
- Skärstrand, E., Sundell, K., & Andreasson, S. (2014). Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme. *European Journal of Public Health*, 24(4), 578-584. DOI 10.1093/eurpub/ckt146.
- Spoth, R., Trudeau, L., Redmond, C., & Shin, C. (2014). Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 949-963. DOI 10.1037/a0036840.
- Tahlil, T., Woodman, R. J., Coveney, J., & Ward, P. R. (2015). Six-months follow-up of a cluster randomized trial of school-based smoking prevention education programs in Aceh, Indonesia. *BMC Public Health*, 15, 1088. DOI 10.1186/s12889-015-2428-4.
- Valdivieso Lopez, E., Rey-Renones, C., Rodriguez-Blanco, T., Ferre Grau, C., Arija, V., Barrera Uriarte, M. L., et al. (2015). Efficacy of a smoking prevention programme in Catalan secondary schools: a cluster-randomized controlled trial in Spain. *Addiction*, 110(5), 852-860. DOI 10.1111/add.12833.
- Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucci, S., & Faggiano, F. (2014). "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial. *New Directions for Youth Development*, 2014(141), 67-82, 11-12. DOI 10.1002/yd.20087.
- Weichold, K., & Blumenthal, A. (2016). Long-term effects of the life skills program IPSY on substance use: Results of a 4.5-year longitudinal study. *Prevention Science*, 17(1), 13-23. DOI 10.1007/s11121-015-0576-5.

Anhang VIII: Erfolgsversprechende Ansätze - Innovative Ansätze und Methoden

| Studie Kürzel Referenz | Studienkategorie Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppe univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Studiendesign Anzahl Individuen, Cluster, Kontrollgruppe, Messindikator, Messzeitpunkt, methodologische Einschränkungen | Beschreibung der Intervention Ziel, Durchführung | Hauptergebnisse |
|--|---|---|---|---|---|
| Brinker, T. J. et al. (2016), Photoaging Mobile Apps in school-based tobacco prevention: The Mirroring Approach | Unimodal school, unifocal tobacco | Universal prevention, Germany, mean age 12.75 years old, secondary school | Pilot study, N=125, perceptions of the intervention on a 5-point Likert scale | Use of a free photoaging mobile app ("Smokerface") via a novel method called mirroring. The students' altered three-dimensional selfies on mobile phones or tablets were "mirrored" via a projector in front of their whole grade. | A majority of the students perceived the intervention as fun (61.6%), claimed that the intervention motivated them not to smoke (63.2%), and stated that they learned new benefits of non- smoking (64.8%). Only a minority of students disagreed or fully disagreed that they learn new benefits of non-smoking (12.8%) or that they were themselves motivated not to smoke (14.4%). |
| Hassandra, M. et al. (2009), I do not smoke - I exercise: A pilot study of a new educational resource for secondary education students | Unimodal school, unifocal tobacco, Social competences | Universal prevention, Greece, secondary school | Pilot study, N=210, 10.5% attrition, attitudes towards smoking, interest in information about smoking and knowledge about health consequences of smoking, 12 months follow- up | A smoking prevention educational resource named "I do not smoke, I exercise". The main focus of this program was the promotion of exercise as an alternative behaviour to smoking. | Results showed that the program succeeded in changing the students' attitudes, but the follow-up measures, 12 months later, showed that attitudes towards smoking and interest in information were relapsed to the pre-intervention levels. The only effect that was sustained was that for knowledge. |
| Hong, T. et al. (2008), Process evaluation of an in- school anti-tobacco media campaign in Louisiana | Unimodal school, unifocal tobacco, Knowledge | Universal prevention, United States, mean age 15.4 years old, high school | Self-report surveys, N=1823, 24% attrition, process evaluation, over 3 years | The media campaign was one intervention component of the Acadiana Coalition of Teens against Tobacco. | More than 75% and 50% of students reported being exposed to posters and public service announcements, respectively. Recognition of campaign theme was more than 80%. Almost half of respondents reported that the posters were interesting, one-third reported that the posters prevented them from smoking, and 10% reported that the posters encouraged them to cease smoking. |
| Moser, C. et al. (2011), "Feuer einstellen!" - eine kontrollierte Rauchstoppintervention bei Rekrutenschulen der Schweizer Armee | Unimodal school, unifocal tobacco, cessation | Universal prevention, Switzerland, recruit school | Controlled trial, N=999, smoking prevalence | An intervention with intensive information and help to stop smoking. | During the recruit school, there was a decrease of the smoking prevalence in the intervention group ($p=0.021$), while the smoking prevalence in the control group increased ($p=0.038$). |
| Stamm-Balderjahn, S. et al. (2012), Smoking prevention in school students. Positive effects of a hospital-based intervention | Unimodal school, unifocal tobacco, Knowledge | Universal prevention, Germany, 12-19 years old | Quasi-experimental control- group design, N=760, 18% attrition, smoking behaviors, 6 months follow- up | An intervention program called "Students in the hospital" was developed in which the health aspects of smoking and its individual and societal consequences were presented in an interactive informational event. | Significantly fewer students in the intervention group than in the control group began smoking in the six months after the intervention ($p<0.001$). The chance of remaining a non-smoker was four times as high in the intervention group. Girls benefited from the intervention more than boys. 16.1% of smokers in the intervention group and 17.6% in the control group gave up smoking ($p>0.05$). |

Anhang VIII: Erfolgsversprechende Ansätze - Innovative Ansätze und Methoden

| Studie Kürzel Referenz | Studienkategorie Setting Fokus Ansatz/Approach | Zielgruppe univ./sel./indiz., Land/Region, Alter/Schulstufe, andere Kriterien | Studiendesign Anzahl Individuen, Cluster, Kontrollgruppe, Messindikator, Messzeitpunkt, methodologische Einschränkungen | Beschreibung der Intervention Ziel, Durchführung | Hauptergebnisse |
|--|---|---|---|---|--|
| Taylor, J. et al. (2016), A qualitative evaluation of a novel intervention using insight into tobacco industry tactics to prevent the uptake of smoking in school-aged children | Unimodal school, unifocal tobacco, Social influence + Knowledge | Universal prevention, United Kingdom, 11-12 years old, secondary school | Qualitative evaluation (focus group) of the intervention, N=79 (+20 teachers) | Operation Smoke Storm is a school-based intervention focusing on tobacco industry tactics. It comprises three classroom sessions in which students act as secret agents uncovering tobacco industry tactics through videos, quizzes, discussions and presentations. | Students enjoyed the secret agent scenario and reported acquiring new knowledge about smoking and the tobacco industry, which seemed to strengthen their aversion to smoking. |
| Woo, K. (2008), An online multimedia peer education smoking cessation program for Korean Youth: A film script contest for stories on quitting smoking | Unimodal school, unifocal tobacco, cessation, Social competences + Incentives | Universal prevention, Korea, adolescents | Protocole only | An online multimedia peer education intervention for Korean youth that provides a curriculum for training youth who become peer educators; includes a Web site for peer interaction and support; encourages the use of e-mail, chat room, and text-messaging communication among peers; and features a script writing contest for winning stories on quitting smoking that form the basis for the creation of films/videos. | The program model won a contest (2006) at Teachers College, Columbia University for the best most promising model for promoting global health for a problem behavior, while, integrating the use of three empirically derived models (stages of change, motivational interviewing and relapse prevention). |

Anhang VIII: Erfolgsversprechende Ansätze - Innovative Ansätze und Methoden

Referenzliste

- Brinker, T. J., Seeger, W., & Buslaff, F. (2016). Photoaging mobile apps in school-based tobacco prevention: The mirroring approach. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e183. DOI 10.2196/jmir.6016.
- Hassandra, M., Theodorakis, Y., Kosmidou, E., Grammatikopoulos, V., & Hatzigeorgiadis, A. (2009). I do not smoke - I exercise: A pilot study of a new educational resource for secondary education students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(4), 372-379. DOI 10.1177/1403494809103910.
- Hong, T., Johnson, C. C., Myers, L., Boris, N., Brewer, D., & Webber, L. S. (2008). Process evaluation of an in-school anti-tobacco media campaign in Louisiana. *Public Health Reports*, 123(6), 781-789.
- Moser, C., Miedinger, D., Frey, F., Karli, C., & Leuppi, J. D. (2011). «Feuer einstellen!» - eine kontrollierte Rauchstoppintervention bei Rekrutenschulen der Schweizer Armee. *Praxis (Bern 1994)*, 100(22), 1343-1350. DOI 10.1024/1661-8157/a000712.
- Stamm-Balderjahn, S., Groneberg, D. A., Kusma, B., Jagota, A., & Schonfeld, N. (2012). Smoking prevention in school students: Positive effects of a hospital-based intervention. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(44), 746-752. DOI 10.3238/arztebl.2012.0746.
- Taylor, J., Taylor, A., Lewis, S., McNeill, A., Britton, J., Jones, L. L., et al. (2016). A qualitative evaluation of a novel intervention using insight into tobacco industry tactics to prevent the uptake of smoking in school-aged children. *BMC Public Health*, 16, 539. DOI 10.1186/s12889-016-3205-8.
- Woo, K. (2008). An online multimedia peer education smoking cessation program for Korean youth: A film script contest for stories on quitting smoking. In B. C. Wallace (Ed.), *Toward equity in health: A new global approach to health disparities* (pp. 323-337). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.