

Ansätze und Erfolgskriterien zur Förderung der gesundheitli- chen Chancengleichheit mit be- nachteiligten Bevölkerungs- gruppen

Ursina Roder
Raquel Paz Castro
Corina Salis Gross

Erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), des Bundesamtes
für Gesundheit (BAG) und der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesund-
heitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
Bericht der Firma PHS Public Health Services
In Zusammenarbeit mit dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsfor-
schung (ISGF)

Bern, 18. Januar 2019



Teile des vorliegenden Berichts (Kapitel 3.1 und Kapitel 4.3) wurden aus dem unten aufgeführten Bericht von Maier & Salis Gross (2015) übernommen und mit Resultaten aus seither erschienenen Studien aktualisiert:

Maier, L.J./ Salis Gross, C. 2015. Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesebericht der Expertengruppe. Finanziert durch den Schweizer Tabakpräventionsfonds und das Bundesamt für Gesundheit (Sektion Tabak). Zürich: ISGF.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Ausgangslage	6
1.2	Relevanz von Lebensphasen in der Gesundheitsförderung und Prävention.....	7
1.3	Fragestellung und Zielsetzung des Berichts.....	8
1.4	Aufbau des Syntheseberichts.....	9
2	Methodisches Vorgehen.....	10
2.1	Systematische Literaturrecherche	10
2.2	Konstitution und Rolle der Gruppe von Expertinnen und Experten	15
2.3	Synthese der Ergebnisse.....	15
3	Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz.....	17
3.1	Ansätze mit benachteiligten Gruppen in der Schweiz	17
3.2	Ansätze mit benachteiligten Gruppen getrennt nach Aktionsebene der kantonalen Programme.....	20
4	Ergebnisse der Literaturrecherche in den Bereichen Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit und Sucht.....	23
4.1	Bereich I: Bewegung und Ernährung	23
4.1.1	Effektive Ansätze auf struktureller Ebene.....	23
4.1.2	Effektive Ansätze auf Projekt-Ebene.....	28
4.1.3	Good-Practice Beispiele.....	48
4.1.4	Forschungslücken und Limitierungen	50
4.1.5	Zwischenfazit: Bewegung und Ernährung.....	52
4.2	Bereich II: Psychische Gesundheit.....	59
4.2.1	Effektive Ansätze auf struktureller Ebene.....	59
4.2.2	Effektive Ansätze auf Projekt-Ebene.....	70
4.2.3	Good-Practice Beispiele.....	93
4.2.4	Forschungslücken und Limitierungen	95
4.2.5	Zwischenfazit: Psychische Gesundheit	97
4.3	Bereich III: Sucht.....	108
4.3.1	Effektive Ansätze auf struktureller Ebene (am Beispiel der Tabakprävention)	108
4.3.2	Effektive Ansätze auf Projekt-Ebene (am Beispiel der Tabakprävention)	114
4.3.3	Good-Practice Beispiele.....	134
4.3.4	Forschungslücken und Limitierungen	136
4.3.5	Zwischenfazit: Sucht (am Beispiel der Tabakprävention)	138

5	Organisationsentwicklung.....	147
6	Diskussion relevanter Erfolgskriterien bei benachteiligten Gruppen	149
7	Schlussfolgerungen und abschliessende Empfehlungen	160
8	Literaturverzeichnis	167

Danksagung für die Mitarbeit der involvierten Expertinnen und Experten

Die Erarbeitung dieses Forschungsberichts geschah unter Einbeziehen einer Gruppe von Expertinnen und Experten, die selber in der Praxis mit benachteiligten Gruppen zusammenarbeiten oder sich im Rahmen ihrer Forschungsarbeit bereits seit Längerem mit dem Thema beschäftigen. Für die Teilnahme an zwei Diskussionsrunden zur Berichtsplanung und für Rückmeldungen nach Fertigstellung des Berichts möchten wir uns recht herzlich bei den nachfolgend aufgelisteten Expertinnen und Experten bedanken:

Forschungsexpertise:

Andrea Zumbrunn, MA, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten

Prof. Dr. Andreas Pfister, Dozent und Projektleiter an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Institut Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention

Bülent Kaya, Master in Politikwissenschaften, Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter Schweizerisches Rotes Kreuz

Jen Wang, MPH, PhD, Forschungsleiter, Universitätsspital Lausanne (CHUV) - Interdisziplinäre Abteilung für Jugendgesundheit (DISA)

Praxisexpertise:

Martin Wälchli, Schweizerisches Rotes Kreuz, Migration und Gesundheit

Osman Osmani, Vorstand „Pro Integra“ Fachstelle für Migrationsfragen, UNIA, Gewerkschaftssekretär

Franziska Güttinger, Leiterin Fachstelle «Kinder im Gleichgewicht», Kanton St. Gallen

Sibylle Glauser, Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie, UPD Angehörigenberatung

Rosa Plattner, Fachstelle Mütter- und Väterberatung Ostschweiz

Mike Neeser, Blaues Kreuz, Bereichsleiter Facharbeit

Heidi Schmocker, Pro Senectute Bern, Leiterin «Zwäg ins Alter»

Elma Hadzivadunic, HEKS, Projektleitung und Projektarbeit, «Age et Migration»

Sylvan Berrut, MPH, Lesbenorganisation Schweiz LOS, Fachgruppe "Santé PluriELLE

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Zahlen und Fakten zu Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit im Bereich der Gesundheit lassen sich in mehreren Feldern verorten, wie zum Beispiel dem Tabak- und Alkoholkonsum, den Atemwegserkrankungen, dem Diabetes, der Ernährung, der körperlichen Aktivität, der psychischen Gesundheit, den Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw. (vgl. BAG 2018). Dieser Bericht wird sich auf die Bereiche *Bewegung und Ernährung*, *psychische Gesundheit* und *Sucht* beschränken. Diese Bereiche decken die Hauptthematiken der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie, BAG et al. 2016) und der Kantonalen Aktionsprogramme (KAP-Programme) der Gesundheitsförderung Schweiz ab (Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit)¹. Da die Koppelung mit der Nationalen Strategie Sucht² in der NCD-Strategie angelegt ist³, wurde dieser Bereich ebenfalls integriert. Allerdings geht der vorliegende Bericht im Bereich Sucht nur auf das Thema Tabak ein, da dieses bereits gut aufgearbeitet worden ist und nur noch aktualisiert werden musste. Aus finanziellen Gründen wurden keine weiteren Suchtbereiche bearbeitet.

Gesundheitliche Chancengleichheit kann definiert werden als ein gesundheitspolitisches Ziel – als einen Zustand, in dem jedem Menschen die gleichen Möglichkeiten offenstehen, seine Gesundheit zu entfalten, aufrechtzuerhalten und, wenn nötig, sie wiederherzustellen (BAG et al. 2016). Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezieht sich auf die operative Ebene im Gesundheitswesen – auf den Prozess, über den die gerechte Sicherung von gesundheitlichen Chancen erreicht werden soll⁴. Eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention stellt sicher, dass zwar die Gesundheit der ganzen Bevölkerung verbessert wird, dass im Idealfall aber jene davon mehr profitieren, welche in ihren gesundheitlichen Chancen (aufgrund von sozialen Ungleichheiten oder äusseren Lebensbedingungen) benachteiligt sind – denn nur auf diese Weise kann die ungleiche Verteilung von Chancen ausgeglichen werden. Die Bemühungen einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention richten sich demnach im Idealfall in ihrer Intensität nach dem Grad der Benachteiligung einer jeweiligen Bevölkerungsgruppe („proportionate universalism“) (WHO Europe 2014). Der vorliegende Bericht wird sich mit der Chancengerechtigkeit bestehender Ansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention befassen, d.h. mit der Frage, inwiefern es ihnen gelingt, ungleiche gesundheitliche Chancen aufgrund von sozialen Ungleichheiten (im Sinne von ungleich

¹ KAP-Programme: <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme.html>

² Nationale Strategie Sucht: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

³ Beide Strategien dienen dem Ziel der Intensivierung der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung im Rahmen der Agenda Gesundheit2020 (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html>)

⁴ Für eine ausführlichere Darstellung des konzeptuellen Rahmens des Berichtes hinsichtlich der Begriffe «Chancengleichheit» und Chancengerechtigkeit» vgl. Weber & Salis Gross (2018) und Weber (2019).

verteilten Schutz- und Risikofaktoren) anzugehen und Unterschiede in der Gesundheit auszugleichen (vgl. Kap. 2.1 für eine Definition, wie Chancengerechtigkeit im vorliegenden Bericht konkret gemessen wird).

1.2 Relevanz von Lebensphasen in der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Forschung zur Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheit hat darauf verwiesen, dass Chancenungerechtigkeit bereits sehr früh im Leben entsteht und dass in der Kindheit bestehende Ungerechtigkeiten sich auch auf die Gesundheit im späteren Leben auswirken können (z.B. Marmot et al. 2010). Ungerechtigkeiten können sich aber auch über den Lebensverlauf dynamisch entwickeln und aufgrund des Zusammenspiels von internen Faktoren (wie Ungleichheiten in Biologie oder Verhalten) und externen Rahmenbedingungen (Ungerechtigkeiten aufgrund des sozialen Umfeldes und wirtschaftliche Faktoren) verändern (Halfon et al. 2000, Russ et al. 2014). Das Gewicht von spezifischen Einflussfaktoren oder Settings verändert sich im Verlauf des Lebens. Während in der Kindheit beispielsweise vor allem die Settings der Familie, der Kinderbetreuungseinrichtungen und der Schule relevant sind, sind im Erwachsenenalter individuelle Faktoren und der Arbeitsplatz von Bedeutung (Halfon et al. 2000). Damit ändern sich auch die Settings, welche für die Prävention und Gesundheitsförderung relevant sind. Zudem können Übergänge zwischen den Lebensphasen (z.B. Schulanfang, Pensionierung) sowie kritische Lebensereignisse (z.B. Kündigung, Tod eines Angehörigen) selbst ein Gesundheitsrisiko darstellen, wenn sie nicht erfolgreich begangen bzw. bewältigt werden können (vgl. Blaser & Amstad 2016).

In der Praxis werden Lebensphasen jeweils unterschiedlich unterteilt. Caritas Schweiz benutzt beispielsweise ein Modell mit sieben Lebensphasen, welches sich eher an den relevanten Settings orientiert. Die Lebensphasen werden konkret in Familie, Schule, Berufsausbildung, Arbeitsmarkt, Familie, 3. Lebensalter, 4. Lebensalter aufgeteilt (Schuwey & Knöpfel 2014). Ein weiteres Beispiel ist Gesundheitsförderung Schweiz, die auf die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen (-9 Monate bis 20 Jahre) und ältere Menschen (ab der Pensionierung) fokussiert⁵, wobei hier die Lebensphasen weitgehend über das Alter definiert werden. In der Schweiz ist das Lebensmodell in den oben erwähnten NCD-Strategie, der Nationalen Strategie Sucht und in den KAP-Programmen angelegt (vgl. Kap. 1.1).

Im vorliegenden Bericht analysieren wir die Wirkung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen auf die Benachteiligung entlang von Lebensphasen. Dabei fokussieren wir nur dann auf Lebensphasenübergänge, falls diese in der gefundenen Literatur explizit thematisiert werden. Für die Einteilung in verschiedene Lebensphasen haben wir uns vor allem auf die Resultate der systematischen Literaturrecherche gestützt. So haben wir Alterseinteilungen übernommen, welche

⁵ <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/basisinformationen/ziele-und-zielgruppen.html>

häufig in den gefundenen Interventionsstudien und Reviews anzutreffen sind. Dies ist beispielsweise im Zusammenhang mit dem Thema Alter von Bedeutung, wo oft Studien mit Teilnehmenden ab 55 (bzw. zum Teil bereits ab 50) Jahren in Reviews zusammengefasst werden. Wir haben uns deshalb entschieden, die Lebensphase höheres Alter statt wie üblich ab 65 Jahren bereits ab 55 Jahren zu definieren. Zudem geht die Einteilung in drei verschiedene Phasen der Kindheit auch mit Übergängen im Schulsystem einher (Familie/Kindertagesstätten, Kindergarten/Primarschule, Sekundarstufe I/II). Daraus resultieren die folgenden fünf Lebensphasen, anhand derer wir den vorliegenden Bericht strukturieren:

- Schwangerschaft/ frühe Kindheit (-9 Monate - 3 Jahre)
- Kindheit (4 -12 Jahre)
- Jugend und junge Erwachsene (12 - 20 Jahre)
- Erwachsenenalter (Fokus Familie, Beruf) (21 - 55 Jahre)
- Höheres Alter (ab 55 Jahren)

1.3 Fragestellung und Zielsetzung des Berichts

Ziel des Projekts war die Aktualisierung und/oder die Bestimmung der Erfolgsfaktoren von Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen je nach Lebensphase, basierend auf der wissenschaftlichen Literatur der vergangenen ca. 5 Jahre sowie dem Erfahrungswissen einer interdisziplinären Expertengruppe. Das Zusammenführen von bestehendem Wissen zur Gesundheitsförderung in den Bereichen *Bewegung und Ernährung*, *psychische Gesundheit* und *Sucht* bei benachteiligten Gruppen soll zur Sicherung der Chancengleichheit beitragen. Diesem Bericht liegen drei komplexe Fragestellungen zugrunde:

- 1) Welche Ansätze bei benachteiligten Gruppen sind kurz- oder langfristig erfolgreich im Sinne einer Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten in den Bereichen *Bewegung und Ernährung*, *psychische Gesundheit* und *Sucht*?
- 2) Welche Ansätze bei benachteiligten Gruppen verschärfen die gesundheitliche Chancengleichheit in den Bereichen *Bewegung und Ernährung*, *psychische Gesundheit* und *Sucht*?
- 3) Was sind die Erfolgskriterien in der Implementierung von wirksamen Massnahmen bei benachteiligten Gruppen und welches sind entsprechende Akteure der Umsetzung?

Anhand der identifizierten Erfolgsfaktoren soll eine Ableitung von Empfehlungen für die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei benachteiligten Gruppen erfolgen. Die wissenschaftliche Evaluation aktueller Reviews und Studien soll weiter auch zu einer erhöhten Legitimation und Anwendung der erfolgsversprechenden Massnahmen der Gesundheitsförderung dienen. Der vorliegende Bericht bildet somit die Grundlage für die strategische Orientierung und Planung konkreter Projekte und für die Beurteilung von Projektgesuchen.

1.4 Aufbau des Syntheseberichts

Nachdem die Ausgangslage, die Bedeutung von Lebensphasen, sowie die Fragestellung und Zielsetzung des Berichts in der Einleitung erörtert wurden (Kapitel 1), wird im Kapitel 2 das methodische Vorgehen der Literaturrecherche beschrieben. Das Kapitel 3 geht darauffolgend auf die Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz ein. Dabei werden zuerst generelle Ansätze vorgestellt, die sich in den letzten Jahren zur angemessenen Berücksichtigung der Benachteiligungsdimensionen Gender, Migration, Alter, sozioökonomischer Benachteiligung sowie Genderidentität und/oder sexuelle Orientierung in der Praxis etabliert haben. Diese generellen Ansätze werden im nächsten Unterkapitel in die Vier-Ebenen-Struktur der kantonalen Aktionsprogramme (KAP) zur Förderung der Gesundheit eingeordnet. Im Kapitel 4 werden schliesslich die Resultate der systematischen Literaturrecherche auf internationaler Ebene vorgestellt. Dabei werden erfolgreiche Ansätze zur Förderung von *Bewegung und Ernährung, psychischer Gesundheit* und *Sucht* in Anlehnung an die Vier-Ebenen-Struktur der KAP nach den Ebenen „Strukturen“ und „Projekte“ ausgewiesen. Dabei werden die Ebenen der „Policy“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ der KAP unter dem Begriff „Struktur“ zusammengefasst und die Ebenen der „Vernetzung“ und „Interventionen“ fliessen in den Bereich „Projekte“ ein. Die Resultate der systematischen Literaturrecherche werden durch Good-Practice Beispiele aus der Schweiz abgerundet. Im Kapitel 5 werden erfolgreiche Ansätze zur Organisationsentwicklung beschrieben, mithilfe derer die Chancengerechtigkeit systematisch in die Arbeit von in der Gesundheitsförderung und Prävention tätiger Organisationen integriert werden kann. In den letzten beiden Kapiteln werden die wichtigsten Ergebnisse des Berichts noch einmal diskutiert (Kapitel 6) und Schlussfolgerungen und Empfehlungen daraus abgeleitet (Kapitel 7).

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Systematische Literaturrecherche

Um das Wissen im Hinblick auf Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention und deren Erfolgskriterien in den Bereichen *Bewegung und Ernährung*, *psychische Gesundheit* und *Sucht* zu aktualisieren, wurde eine systematische Literaturrecherche in englischer Sprache für alle Bereiche separat durchgeführt. Weil zu generellen Ansätzen und Erfolgskriterien bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen in den letzten Jahren relativ viel publiziert wurde⁶, sollte eine Aktualisierung anhand der Literatur der letzten fünf Jahre erfolgen. Die Chancengleichheit/Chancengerechtigkeit im Bereich Sucht am Beispiel des Tabakkonsums wurde bereits in einem früheren Bericht (Maier & Salis Gross 2015) für die Jahre 2010 bis 2015 systematisch aufgearbeitet. Die Resultate dieser früheren Literaturrecherche konnten für den vorliegenden Bericht übernommen werden und wurden mithilfe einer systematischen Literaturrecherche ab 2015 ergänzt.

Um auf möglichst gesichertes Wissen zurückzugreifen, sollten dabei vor allem systematische Reviews und/oder Meta-Analysen und punktuell narrative Reviews hinzugezogen werden. Überall dort, wo keine aktuellen Reviews oder Meta-Analysen gefunden wurden, wurden frühere Berichte zum Thema Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit/Chancengerechtigkeit aus dem englischsprachigen und/oder deutschsprachigen Raum hinzugezogen. Diese Berichte wurden von Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Gesundheitsförderung Schweiz u.a. in Auftrag gegeben. Zusätzlich wurde die Expertenrunde gebeten, Studien oder Forschungsarbeiten zu möglichen Ansätzen zu ergänzen, die aus ihrer Sicht erfolgsversprechend erscheinen, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern. Dies geschah insbesondere dort, wo mit der obengenannten Suchstrategie nicht genügend Reviews oder Berichte gefunden werden konnten.

Für den Bericht wurden nur Reviews und Meta-Analysen berücksichtigt, die sich das Ziel setzten, Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention mit Fokus auf die Benachteiligung zu analysieren und die einen Nachweis der Effektivität dieser forderten. Als Hauptdimensionen der Benachteiligung galten insbesondere der sozioökonomische Status als „vertikale“ Benachteiligungsdimension und die „horizontalen“ Benachteiligungsmerkmale Gender, Migration, sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität und Lebensalter.⁷ Abbildung 3 illustriert, wie sich vertikale und horizontale Merkmale oftmals überschneiden und so kumulative Effekte der Benachteiligung hervorrufen können.

⁶ Vgl. unter anderen Soom Ammann und Salis Gross (2011); Dellenbach und Angst (2011); PREOS (2011); Hermann (2013); Schäffler et al. (2013); Salis Gross et al. (2015); Kessler und Bürgi (2016)

⁷ Dies in Anlehnung an das aus der Genderforschung stammende Konzept der «Intersektionalität» (Crenshaw 1991)

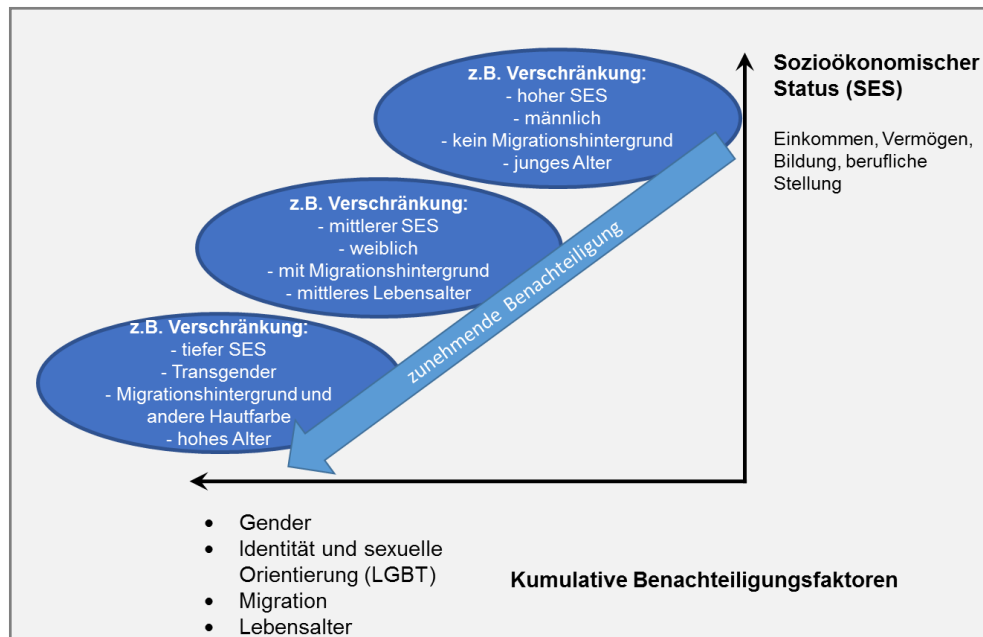


Abbildung 1. Vertikale und horizontale Benachteiligungsdimensionen und ihre kumulativen Effekte

Die horizontalen Benachteiligungsdimensionen wurden, wenn immer möglich, in Verschränkung mit dem sozioökonomischen Status betrachtet. Der sozioökonomische Status setzt sich aus der Bildung, dem Einkommen und Vermögen und dem beruflichen Status einer Person zusammen. In Studien werden oft nur die Indikatoren Einkommen und Bildung stellvertretend für den sozioökonomischen Status gemessen. Um die Evidenzbasis aber nicht zu stark einzuschränken, wurden auch Reviews berücksichtigt, die Ansätze zu den horizontalen Dimensionen unabhängig des sozioökonomischen Status untersuchen.

In Bezug auf die Effektivität der Ansätze wurden sowohl Reviews beigezogen, die die Wirkung von generellen Interventionen auf die Chancengleichheit untersuchen, wie auch zielgruppenspezifische Interventionen, die mit bestimmten benachteiligten Gruppen durchgeführt wurden. Diese zwei Arten von Reviews liefern Antworten zu den folgenden Fragen: 1) Hat ein bestimmter genereller Ansatz eine Auswirkung auf die Chancengleichheit? D.h. ist der Ansatz chancengerecht? oder 2) Ist ein Ansatz wirksam (im Sinne einer verbesserten Gesundheit) in einer bestimmten benachteiligten Gruppe? Als *chancengerecht* werden im vorliegenden Bericht jene generellen (d.h. nicht zielgruppenspezifischen) Interventionen bezeichnet, welche die Gesundheit von benachteiligten Menschen stärker fördern als jene von bessergestellten Menschen. Interventionen, welche die Gesundheit von allen Teilnehmenden ungeachtet von Benachteiligungsmerkmalen gleichermassen fördern, werden als *chancenneutral* bezeichnet. Interventionen, von welchen bessergestellte Menschen stärker profitieren, gelten als *chancenungerecht*. Als Messlatte für die Beurteilung der Chancengerechtigkeit dient in diesem Bericht das Endergebnis einer verbesserten Gesundheit. Im Falle von strukturellen Massnahmen wird aber die Chancengerechtigkeit zum Teil auch bereits anhand ihrer Wirkung auf gesundheitliche Risiko- und Schutzfaktoren beurteilt (vgl. z.B. Kap 4.2.1).

Die Literatursuche erfolgte im Juni 2018 für die Bereiche Bewegung und Ernährung und Psychische Gesundheit, bzw. im August 2018 für den Bereich Sucht, in der Datenbank MEDLINE (PubMed). In Absprache mit den Expertinnen und Experten wurden Schlüsselbegriffe und Wortstämme für die drei Bereiche festgelegt (Tabelle 1). Die Literatursuche erfolgte ausschließlich in englischer Sprache über die Titel, Schlüsselwörter und Abstracts, da für nahezu alle wissenschaftlichen Publikationen unabhängig von der jeweiligen Sprache auch englischsprachige Titel, Schlüsselwörter und Zusammenfassungen vorliegen.

Tabelle 1 . Schlüsselbegriffe für die systematische Literaturrecherche; Verbindung der Begriffe innerhalb einer Spalte mit „ODER“ und zwischen den verschiedenen Spalten mit „UND“.

Bewegung und Ernährung	Psychische Gesundheit	Sucht	Erreichbarkeit	Lebensphase	Ungleichheit	Massnahme	Evaluation
health nutrition behaviour patterns of eating balanced diet physical activity physical health obes*	health resource* skills life skills self-efficacy mental health resilience	health smok* tobacco nicotine cigarette*	access* recruit* isolat* hard to reach media utilization	pregnan* birth daycare pre-school youth adolescence emerging adulthood coming out adult parenthood divorce	equit* equalit* inequalit* inequ* disparat* disadvantag* vulnerab* low SES SES socioeconomic* depriv* poor poverty underserv* gender women man men female male transgender identity gender minorities gender non-conformity migra* immigra* ethnic* race refugees sex* orient* LGBT* queer minorit*	intervent* program* treatment educat* prevent* promot* counsel* teach* outreach method preventive health services (MESH) Intervention studies (MESH)	evaluat* success* effective* efficac* measure* measure* examin* compar* trial rct evaluation studies as topic (MESH)
overweight healthy body weight BMI	social isolation iso* depress* anxiety disorder			old* age retire*			

Die vorgesehene Suche war dann jedoch zu weit gefasst, da bei der Suche auf MEDLINE allein für den Bereich *Bewegung und Ernährung* für die fünf letzten Jahre 586'775 Reviews und/oder Meta-Analysen ausgegeben wurden.

Da dieser Literaturrecherche bereits ein längeres Literaturstudium sowie das erste Treffen mit den Expertinnen und Experten vorausging, wurde die Suche systematisch verkleinert und auf die wesentlichen Begriffe beschränkt, um die Studien eingrenzen zu können. Dabei wurden zuerst die neusten relevanten Reviews identifiziert und die Suche dann schrittweise auf jene Suchbegriffe eingeeengt, mit denen diese Reviews weiterhin gefunden werden konnten. Tabelle 2 zeigt die getroffene Auswahl.

Tabelle 2 Schlüsselbegriffe für die systematisch verkleinerte Literaturrecherche; Verbindung der Begriffe innerhalb einer Spalte mit „ODER“ und zwischen den verschiedenen Spalten mit „UND“.

Bewegung und Ernährung	Psychische Gesundheit	Sucht	Ungleichheit	Massnahme
nutrition behaviour	resource*	smok*	inequ*	intervent*
patterns of eating	skills	tobacco	disadvantag*	program*
balanced diet	life skills	nicotine	vulnerab*	treatment
physical activity	self-efficacy	cigarette*	minorit*	educat*
physical health	mental health			prevent*
obes*	resilience			promot*
overweight	social isolation			counsel*
healthy body weight				
BMI				

Mit dieser Suchstrategie konnten für den Bereich *Bewegung und Ernährung* 460 für den Bereich *Psychische Gesundheit* 1'013 und für den Bereich *Sucht* 163 Reviews⁸ und/oder Meta-Analysen auffindig gemacht werden. Zur Erfassung und Verwaltung der recherchierten Literatur wurde das Literaturverwaltungsprogramm Mendeley eingesetzt.

Bei der Durchsicht der Suchresultate wurden folgende Ausschlusskriterien angewandt: Artikel wurden nicht berücksichtigt, wenn sie a) Einzelstudien anstatt Reviews mehrerer Studien darstellten; b) keine Aussage der Wirkung von Interventionen auf mindestens eine Benachteiligungsdimension machten; c) Hürden und Erfolgsfaktoren auf individueller Ebene anstatt auf Interventionsebene beschrieben; d) eine theoretische Abhandlung, ein epidemiologisches Review oder eine allgemeine Aufarbeitung des Forschungsstandes anstatt eines Reviews von Interventionen darstellten; e) nicht die Sachbereiche (Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit, Sucht) abdeckten; und f) Interventionen im Bereich der Grundversorgung anstatt der Gesundheitsförderung und Prävention betrafen. Ausserdem wurden nur Artikel in englischer, deutscher und französischer Sprache berücksichtigt. Im folgenden Flussdiagramm erkennt man die Anzahl gesichteter Arbeiten, die Anzahl Duplikate und die Anzahl eingeschlossener Arbeiten pro Bereich.

⁸ Die kleinere Anzahl Resultate im Bereich Sucht ist unter anderem auf die kürzere Zeitspanne (d.h. 2015 – 2018) zurückzuführen, da lediglich eine Aktualisierung der Resultate aus dem Bericht von Maier & Salis Gross (2015) vorgenommen wurde (s.o.).

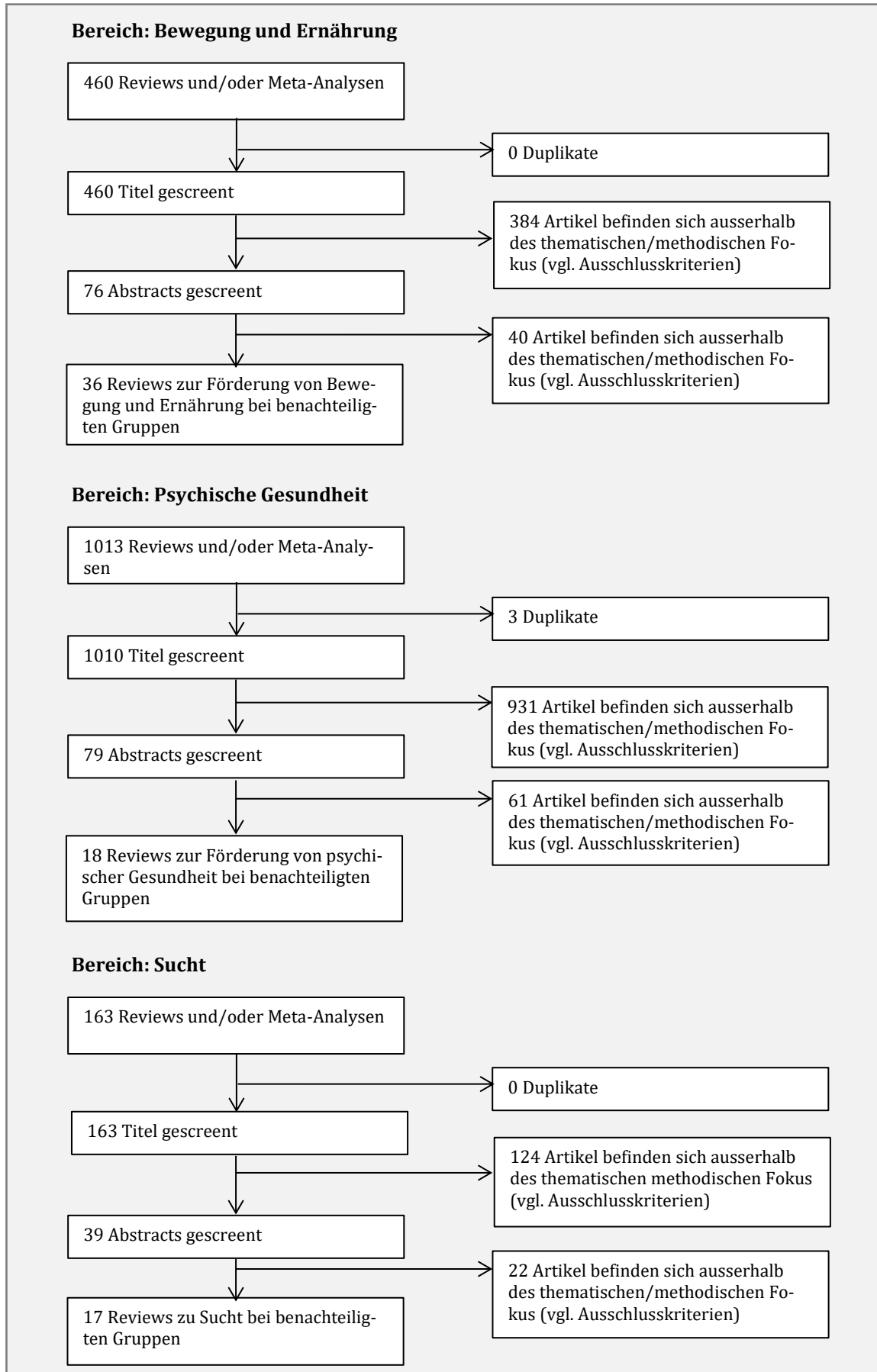


Abbildung 2. Flow-Diagramm zur Studienselektion nach Bereich; Publikationen zwischen 2013 und 2018 (bzw. zwischen 2015 und 2018 für den Bereich Sucht).

Da mit der oben beschriebenen Suchstrategie kaum Resultate zur Benachteiligungsdimension Gender gefunden werden konnten, wurde eine zusätzliche gezielte Recherche zu dieser Dimension durchgeführt. Dabei wurden dieselben Schlüsselbegriffe der Hauptrecherche (vgl. Tabelle 2) verwendet und die Suchbegriffe in der Spalte „Ungleichheit“ (*inequ**, *disadvantag**, *vulnerab**, *minorit**) mit dem Begriff „gender“ ersetzt. Die Resultate für die zusätzliche Recherche zur Genderdimension wurden zudem auf Artikel begrenzt, welche die Begriffe „*systematic review*“ oder „*review of reviews*“ im Titel oder Abstract aufwiesen. Auf diese Weise konnten 8 weitere relevante Reviews gefunden werden – 3 im Bereich Bewegung und Ernährung, 3 im Bereich psychische Gesundheit und 2 im Bereich Sucht.

2.2 Konstitution und Rolle der Gruppe von Expertinnen und Experten

Um das aus der Literaturrecherche erworbene Wissen zu verfestigen und Erfahrungswissen aus der Praxis einfließen zu lassen, wurde von Facia Marta Gamez, stellvertretende Projektverantwortliche Gesundheitsförderung und Prävention des BAG, Dominik Weber, Projektleiter Programme der Gesundheitsförderung Schweiz, in Zusammenarbeit mit der Projektleiterin Frau Corina Salis Gross eine Gruppe von Expertinnen und Experten einberufen.

Die Expertinnen und Experten trafen sich zwischen Mai und August 2018 zweimal mit den Autorinnen der Studie. Beim ersten Treffen wurden Planung und Themen des vorliegenden Syntheseberichts besprochen. Die Aufgabe der Expertinnen und Experten bestand darin, eine Rückmeldung zu den Kriterien zu geben, die für die Bestimmung der Erfolgsfaktoren vorgeschlagen wurden sowie eine Priorisierung der zu untersuchenden Felder vorzunehmen. Weiter wurden bei diesem ersten Treffen auch die Suchstrategie und die für die Suche zu verwendenden Stichwörter diskutiert. Das zweite Treffen mit den Expertinnen und Experten diente der Diskussion der Hauptergebnisse sowie der davon abzuleitenden Empfehlungen. Gleichzeitig wurden die Expertinnen und Experten nach noch nicht bekannten Ansätzen bei fehlenden Daten befragt (s.o.).

2.3 Synthese der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der einzelnen Literaturrecherchen im Sinne einer narrativen Synthese zusammengetragen. Die Synthese erfolgt pro Bereich jeweils nach demselben Muster: a) Ansätze auf struktureller Ebene, b) Ansätze auf Projekt-Ebene c) Good-Practice Beispiele aus der Schweiz und d) Limitierungen der gesichteten Literatur.

Innerhalb von a) und b) werden zuerst Ansätze vorgestellt, welche sich auf die vertikale Benachteiligungsdimension des sozioökonomischen Status beziehen. Diese

werden soweit möglich nach Lebensphasen geordnet. Anschliessend werden spezifische Ansätze für die horizontalen Benachteiligungsdimensionen (Gender, Migration, Genderidentität und/oder sexuelle Orientierung) separat ausgewiesen. Die horizontale Benachteiligungsdimension des Alters (vgl. Abbildung 1) wird im Rahmen der Lebensphasen thematisiert. Auch wenn eine Trennung von Strukturen und Projekte für die Übersichtlichkeit vorgenommen wurde, ist eine Verschränkung von Massnahmen auf beiden Ebenen meist am erfolgreichsten (vgl. untere Kapitel). Bei der Auswahl der Good-Practice Beispiele – Punkt c) – wurde darauf geachtet, dass die Projekte die in die Literaturrecherche herausgearbeiteten Erfolgskriterien möglichst gut illustrieren und dass möglichst Projektevaluationen vorliegen. Zudem war das Ziel Beispiele zu verschiedenen Lebensphasen und Benachteiligungsdimensionen zu präsentieren. Dies heisst, dass wir keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und dass viele beispielhafte Projekte nicht aufgeführt werden konnten.

Die Gewichtung der Qualität der Reviews im vorliegenden Bericht erfolgte durch die Autorinnen. Dennoch müssen die Ergebnisse der getätigten Literaturrecherche mit Vorsicht interpretiert werden. Einerseits ist zu beachten, dass wir uns für die Einschätzung der Qualität der *Einzelstudien* mehrheitlich auf die Beurteilung der Review-AutorInnen stützen. Ausserdem bemängeln diese, trotz dem deklarierten Ziel, Studien einzuschliessen, die Ansätze und Erfolgskriterien für die Gesundheitsförderung bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen testeten, dass die Studien häufig hinsichtlich dieser Gruppen unzureichend dokumentiert und evaluiert sind.

3 Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz

3.1 Ansätze mit benachteiligten Gruppen in der Schweiz

Wie vorab erwähnt, ist das Thema gesundheitliche Chancengleichheit weltweit seit einigen Jahren intensiver erforscht und in der Praxis umgesetzt worden. Auch in der Schweiz wurden bereits Projekte realisiert, um gesundheitliche Ungerechtigkeiten zu reduzieren. Sie werden an dieser Stelle kurz in einem breiteren Kontext zu aktuellen Tendenzen der Gesundheitsförderung und Prävention mit potentiell benachteiligten Gruppen in der Schweiz situiert, bevor auf die spezifischen Ansätze und Erfolgsfaktoren je nach Bereich in Kapitel 4 eingegangen wird. Im Fokus der aktuellen Diskussionen stehen die potentiellen Benachteiligungsdimensionen Gender, Migration, Alter, tiefer sozioökonomischer Status sowie sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität.

Im Bereich **Gender** rückt nach Jahrzehnten von Aktivitäten zur angemessenen Berücksichtigung der sozialen Kategorie Gender („Gendersensitivität“ und „Gender Mainstreaming“) das Konzept der „Intersektionalität“ (die Berücksichtigung der Verschränkung von verschiedenen Ungleichheitsmerkmalen, die Benachteiligung generieren, vgl. Kap. 2.1) unter dem Stichwort *Diversity* in den Vordergrund. Damit sollen Gefahren der Geschlechterstereotypisierung in der Gesundheitsförderungs- und Präventionsarbeit vermieden und gleichzeitig Benachteiligungen differenzierter aufgefangen werden (Pfister 2014). Von feministischer Seite wird jedoch am intersektionalen, diversitätssensiblen Ansatz kritisiert, dass in diesem die Benachteiligungsdimension Gender untergehe und nun zu wenig gewichtet werde. Neue Leitlinien für eine intersektional angelegte und diversitätsorientierte Suchtarbeit liegen von Infodrog, der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht⁹ vor (König & Galgano 2013). Daneben sind weiterhin die generelle Checkliste zu Projekten der genderspezifischen Gesundheitsversorgung des Bundesamts für Gesundheit (BAG)¹⁰ und jene der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz¹¹ zugänglich sowie auch bereits eine darauf aufbauende Checkliste zu Gender und Diversität aus dem Schulbereich (Pfister 2013 18f). Auch einzelne Institutionen wie zum Beispiel die „Bernere Gesundheit“ bieten eine Gender-Checkliste an¹².

Im Bereich **Migration** sind insbesondere seit der Implementierung des Nationalen Programmes „Migration und Gesundheit“ im Jahr 2002¹³ Aktivitäten und Projekte in der Schweiz zu sehen, welche auf den Abbau von migrationspezifischen Benachteiligungen abzielen. Checklisten (z.B. die Checkliste Migration¹⁴) und andere Hilfsmittel oder aktuelle Grundlagen zu einer gerechten Gesundheitsversorgung (z.B.

⁹ www.infodrog.ch/diversitaet.html

¹⁰ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10417/11218/index.html?lang=de>

¹¹ http://www.quint-essenz.ch/de/files/Checkliste_Gender_10.pdf

¹² http://www.bernergesundheit.ch/download/Gender_Checklisten.pdf

¹³ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de>

¹⁴ <http://www.quint-essenz.ch/de/tools/1055>

Domenig & Cattacin 2015) sowie auch speziell zur migrationsgerechten Gesundheitsförderung und Prävention (BAG 2008b) sind leicht zugänglich gemacht. Im Feld Migration wird unter dem Stichwort „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ebenfalls mehr und mehr ein intersektionaler Ansatz verfolgt. Eine entsprechende Checkliste liegt auch für das Stichwort „Chancengleichheit“ vor¹⁵. Spezifisch aufgearbeitet sind v.a. die Bereiche Tabak- und Alkoholprävention sowie Gesundheitsförderung und Migration. Finanziell unterstützt vom Tabakpräventionsfonds, dem Fonds von Artikel 43 des Alkoholgesetzes und von Gesundheitsförderung Schweiz wurden in einer Kooperation mit der in diesen Feldern tätigen Akteure umfassende Recherchen und Erhebungen durchgeführt sowie Empfehlungen für eine transkulturelle Prävention und Gesundheit formuliert (Pfluger et al. 2009, www.transpraev.ch). Verschiedene Hilfsmittel wie eine Broschüre mit Fakten und Empfehlungen für die strategische Ebene, für die Öffnung der Organisationen der Regelversorgung und für die Projektarbeit liegen vor¹⁶. Der darin verfolgte Ansatz der „transkulturellen Kompetenz“ (Domenig 2007) ist in der Schweiz für Projekte im Migrationskontext sehr gut etabliert und insbesondere das Schweizerische Rote Kreuz bietet diesbezüglich verschiedenste Tools und Aktivitäten an¹⁷. Auch im Grundlagenbericht von Pfluger et al. (2009) wird festgehalten, dass die transkulturell kompetent ausgerichtete Präventionsarbeit auf die Befähigung zur Überschreitung von Differenz ausgerichtet werden soll, damit keine Stereotypisierungen entstehen und damit ein *Empowerment* bei Anbietern und Zielgruppen stattfinden kann, um so die Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) in den Zielgruppen zu verstärken. Weitere wichtige Erkenntnisse waren, dass die Zielgruppen in einem ersten Schritt möglichst differenziert definiert werden müssen, um gezielt benachteiligte Teilgruppen zu erreichen. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass die Vermittlung von auf die Migrationsbevölkerung adaptierten Massnahmen der Tabakprävention vor allem dann erfolgreich ist, wenn diese unter aktivem Mitwirken von vertrauenswürdigen Peers und Schlüsselpersonen aus der Zielgruppe entwickelt und umgesetzt werden (z.B. via Multiplikatoren-Ansatz wie im Projekt FemmesTische, www.femmestische.ch, vgl. Kapitel 4.1.3) und dass die multisektorale Vernetzung über das Gesundheitswesen hinaus notwendig erscheint (Pfluger et al. 2009). Schliesslich wird auch die kontinuierliche Evaluation von Projekten als ein zentrales Element gewertet, damit auf die Veränderungen in den Zielgruppen rasch reagiert werden kann. Im Rahmen des „Nationalen Rauchstopp-Programmes“ (www.at-schweiz.ch) werden ein entsprechendes bevölkerungsbasiertes Projekt zum Tabakausstieg in der Diaspora aus der Türkei sowie eines für die albanisch sprechende Bevölkerung umgesetzt (Schnoz et al. 2011).

Die Bereiche **Alter** und tiefer sozioökonomischer Status (meist unter dem Begriff „Armut“ gefasst) sind erst in den letzten Jahren ins Blickfeld gerückt, was die explizite Berücksichtigung von benachteiligten Gruppen betrifft. Übersichtsarbeiten mit Empfehlungen zum Thema Alter liegen zum Beispiel im Rahmen des Nationalen Programmes Alkohol vor (Kessler et al. 2012), oder zur Gesundheitsförderung im

¹⁵ <http://www.quint-essenz.ch/de/dimensions/1011>

¹⁶ <http://www.public-health-services.ch/attachments/content/transpraev-broschuere.pdf>

¹⁷ <https://www.redcross.ch/de/soziale-integration/transkulturelle-kompetenz/professioneller-umgang-mit-vielfalt>

Alter (Soom Ammann & Salis Gross 2011) im Rahmen des Grossprojektes „Via-Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, der Pro Senectute und verschiedenen Kantonen. Für letzteres besteht wiederum eine Checkliste für die Projektarbeit mit schwer erreichbaren und benachteiligten Gruppen¹⁸.

Das Thema des **tiefen sozioökonomischen Status** wurde im Rahmen des Nationalen Programmes zur Bekämpfung von Armut¹⁹ von 2014-2018 im Hinblick auf Chancengleichheit und Benachteiligung bearbeitet. Unter den Schwerpunkten des Programmes befinden sich unter anderem die gesundheitsrelevanten Themenfelder der Bildungschancen, der sozialen und beruflichen Integration sowie der Lebensbedingungen und Wohnsituation von Familien (vgl. Ansätze zur psychischen Gesundheit, Kapitel 4.2.1). Gemäss der Programevaluation aus dem Jahr 2017 hat das Nationale Programm zu einer Verbreiterung des Wissens zum Thema Armutsprävention und zur verstärkten Vernetzung unter den relevanten Akteuren geführt (Marti et al. 2018). Auch wurden praxisrelevante Hilfsmittel im Bereich Wohnen (Beck et al. 2018) und der frühen Förderung von benachteiligten Kindern (Meier Magistretti & Walter-Laager 2016, Stern et al. 2018) erarbeitet. Eine Integration der Aktivitäten in die Regelstrukturen, um die angestossenen Massnahmen auch nach Programmende weiterzuführen, hat aber laut der Evaluation weitgehend noch nicht stattgefunden. Auch wird bemängelt, dass die Partizipation von armutsbetroffenen Menschen an der Entwicklung der Massnahmen bisher noch unzureichend war²⁰ (Marti et al. 2018). Ein Teil der Aktivitäten wird im Rahmen der Nationalen Plattform gegen Armut 2019-2024 weiterverfolgt²¹. Als NGO widmet sich unter anderem die Caritas Schweiz sehr stark dem Thema Armut²². Projekte im Bereich der Armutsbekämpfung sind meist analog zu jenen im Bereich Alter und Migration angelegt (d.h. partizipativ und niederschwellig, preiswert oder kostenlos, multisektoriell, diversitätssensitiv) und sind stark auf die Stärkung der Bildungschancen von benachteiligten Gruppen ausgerichtet.

Im Bereich der **sexuellen Orientierung und Genderidentität** sind es zurzeit noch fast ausschliesslich Akteure der Zivilgesellschaft und die LGBT Community²³ selber, welche in der Schweiz politisch auf die gesundheitliche Chancenungleichheit auf-

¹⁸ http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Checkliste_Schwer_erreichbare_und_benachteiligte_Zielgruppen.pdf

¹⁹ <http://www.gegenarmut.ch/nationales-programm/>

²⁰ Vgl. auch das Manifest von armutsbetroffenen Personen an der Nationalen Konferenz gegen Armut 2016: Association des Familles du Quart Monde, Bewegung ATD Vierte Welt, kirchlich getragene Gassenarbeit (2016), Das Recht auf Beteiligung für alle verwirklichen, http://www.gegenarmut.ch/fileadmin/kundendaten/Dokumente_NAK_2016/Manifest_DE.pdf

²¹ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medieninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-72063.html>

²² <https://www.caritas.ch/de/was-wir-tun/engagement-schweiz/armut/>

²³ Unter anderem sind dies die Lesbenorganisation Schweiz, Queer Amnesty, Pink Cross, Dialogi Genf.

merksam machen und Angebote zur Gesundheitsförderung anbieten. So gibt es Beispielsweise Beratungs²⁴- und Austauschangebote²⁵ für LGBT Menschen und ihre Familien, Kampagnen²⁶ und vereinzelt auch von Jugendlichen selbst initiierte Angebote zur Förderung eines toleranteren Schulklimas²⁷ (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2017). In den letzten Jahren wurden aber LGBT punktuell auch auf Bundes- und Kantonsebene in der Gesundheitsförderung und Prävention stärker berücksichtigt. Gesundheitsförderung Schweiz hat zum Beispiel im Jahr 2017 ein Informationsblatt über die psychische Gesundheit von LGBTI Jugendlichen sowie Ansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz erstellt (Gesundheitsförderung Schweiz 2017). Der Kanton Waadt erarbeitete zudem 2015 im Rahmen der Förderung eines offenen, diversitätsorientierten Schulklimas ein Memento zur Prävention von Diskriminierungen aufgrund der sexuellen Orientierung und/oder Genderidentität. Das Memento DIGOS vermittelt Wissen und Handlungsanleitungen an Lehrpersonen und weitere Erwachsene, welche mit Jugendlichen arbeiten (Canton de Vaud 2015). Im Grundlagenbericht zum nationalen Aktionsplan Suizidprävention wird schliesslich auf die erhöhte Suizidgefahr unter LGBT Menschen hingewiesen (Walter et al. 2014). Auch in gewissen Kantonen wird das Thema der sexuellen Orientierung im Rahmen der Suizidprävention angesprochen (z.B. in der Broschüre Suizid und Schule des Kantons Zürich²⁸). Im Kontext der Suizidprävention ist im Moment wichtig, dass in der Schweiz eine Sensibilisierung zum erhöhten Risiko von LGBT stattfindet, da noch bis vor wenigen Jahren der sexuellen Orientierung und/oder Genderidentität in diesem Bereich keine Beachtung geschenkt wurde. Im englischsprachigen Raum, wo diese Sensibilisierungsphase bereits früher eingesetzt hat, wird aber mittlerweile kritisiert, dass LGBT in der Gesundheitsförderung und Prävention als passive Opfer gerahmt werden, anstatt dass auf ihre Ressourcen und Handlungsfähigkeit (*agency*) fokussiert wird (vgl. Marshall 2010). Im englischsprachigen Raum gibt es mittlerweile Bestrebungen diesen Opferdiskurs auch gerade in der Suizidprävention wieder zu korrigieren (vgl. Bryan & Mayock 2017).

3.2 Ansätze mit benachteiligten Gruppen getrennt nach Aktionsebene der kantonalen Programme

Die kantonalen Programme basieren auf einer einheitlichen Struktur der Gesundheitsförderung, welche von vier unterschiedlichen Ebenen ausgehen: „Policy“, „Öffentlichkeitsarbeit“, „Vernetzung“ und „Interventionen“. Während die ersten beiden eher Aktionen umfassen, die auf die Veränderung der Strukturen abzielen, wer-

²⁴ Beispiele von Beratungsangeboten: <https://www.lgbt-helpline.ch>, <https://du-bist-du.ch>

²⁵ Beispiele dafür sind Jugendgruppen wie ComingInn, spot25, anyway, totem jeunes lgbt, VoGay, girLs, Jugendgruppe TGNS, Milchjugend und Angehörigengruppen wie Freundinnen, Freunde und Eltern von Lesben und Schwulen, Parents d'homo (Kanton Genf) und die Groupe Parents von VoGay (Kanton Waadt) und die TGNS-Angehörigengruppe.

²⁶ Z.B. die Kampagne It Gets Better Switzerland: <http://itgetsbetter.ch/>

²⁷ Beispielsweise: ABQ Schulprojekt, Gleichgeschlechtliche Liebe leben GLL, milchbüechli, mosaic-info, Schulprojekt Comout.

²⁸ https://www.suizidpraevention-zh.ch/fileadmin/user_upload/Suizid_Schule_2015.pdf

den mit den beiden letzteren Aktionen umschrieben, die auf Projekt- oder Individuumsebene vollzogen werden. *Abbildung 2* stellt die vier Programm-Ebenen mit exemplarischen Tätigkeiten pro Bereich dar. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Tätigkeiten innerhalb dieser vier Ebenen gegenseitig beeinflussen.

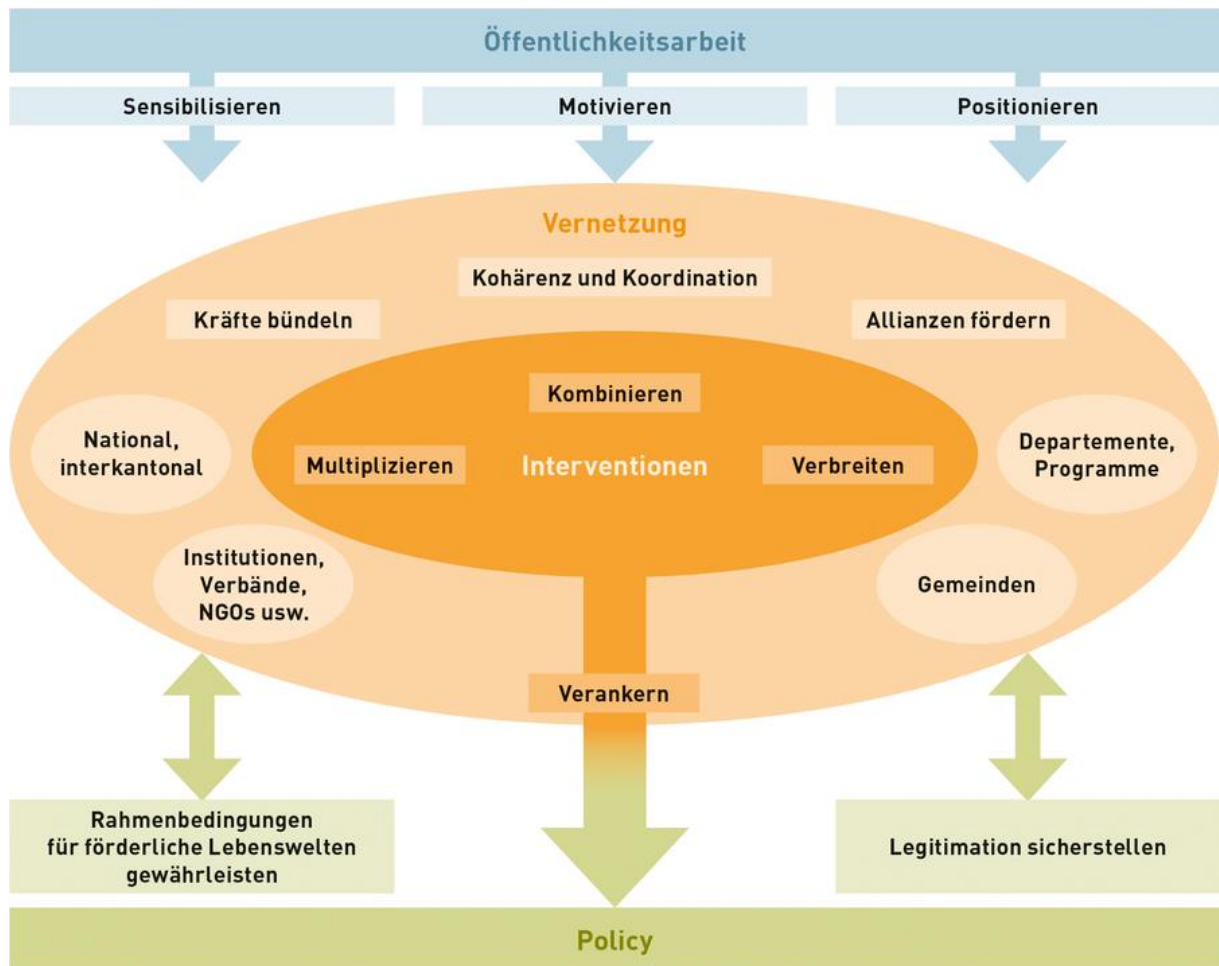


Abbildung 3. Vier-Ebenen-Struktur der kantonalen Programme (<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/basisinformationen/programm-ebenen.html>)

Die Ergebnisse dieses Berichts werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in die zwei Bereiche „Strukturen“ und „Projekte“ unterteilt. In den Bereich der „Strukturen“ fallen sowohl Policy- wie auch Öffentlichkeitsmassnahmen; in den Bereich „Projekte“ fallen Vernetzungs- und Interventionsmassnahmen.

Aktuelle nationale wie internationale Strategien um die gesundheitliche Chancengleichheit bei benachteiligten Gruppen erfolgreich zu fördern, können wie folgt in dieses Raster umgeordnet werden (Abbildung 4):

Strukturebene (Policy, Öffentlichkeitsarbeit)	Projektebene (Vernetzung, Interventionen)
<p>Policy: Bekämpfung von Ungleichheit, Armut und Bildungsungleichheit, Veränderung des Settings/ lokalen Umfeldern, Verankerung in Organisationsentwicklung, mit bestehenden Netzwerken arbeiten, Antidiskriminierungsgesetze/-richtlinien</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit: Kommunikationswege zielgruppenspezifisch auswählen (persönlicher, informeller, eigene Medien), Kommunikationsmittel vereinfachen und adaptieren, Sensibilisierung und Entstigmatisierung (z.B. psychische Gesundheit, sexuelle Orientierung)</p>	<p>Vernetzung: Case Management, Netzwerke bilden</p> <p>Interventionen: Setting-Ansatz, aufsuchender Ansatz, Partizipation der Zielgruppe bei Problemdefinition, Konzeption und Implementierung der Projekte, langfristig angelegte Projekte, die sowohl auf Verhalten- wie auf Verhältnisebene ansetzen, Fokus auf Kompetenzen- und Ressourcenstärkung</p>

Abbildung 4. Aktuelle nationale wie internationale Strategien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei benachteiligten Gruppen

In den folgenden drei Kapiteln werden die einzelnen Ansätze detaillierter vorgestellt oder ergänzt, je nach **Interessensbereich** (Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit, Sucht), **Aktionsebene** (Struktur, Projekt) und **Lebensphase** (Schwangerschaft/ frühe Kindheit, Kindheit, Jugend und junge Erwachsene, Erwachsenenalter, Höheres Alter). Es sei vorweggenommen, dass nicht alle Bereiche, Ebenen und Lebensphasen bis zum aktuellen Zeitpunkt gleich intensiv oder gut beforscht wurden. Gleichwohl sollen die drei Kapitel den aktuellen Wissenstand zusammentragen und am Ende einen zusammenfassenden Einblick in bestehende Lücken und Forschungsfelder gewähren.

4 Ergebnisse der Literaturrecherche in den Bereichen Bewegung und Ernährung, psychische Gesundheit und Sucht

4.1 Bereich I: Bewegung und Ernährung

4.1.1 Effektive Ansätze auf struktureller Ebene

4.1.1.1 Generelle Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status

Gestaltung der physischen Umwelt (*built environment*): Eine wichtige Massnahme zur Förderung von körperlicher Aktivität und Reduktion von Übergewicht scheint die günstige Gestaltung der Umwelt zu sein (Smith et al. 2017). Unter günstiger Gestaltung oder „*built environment*“ werden Massnahmen subsummiert, die mit der Erhöhung der Anzahl Spielplätze oder Grünflächen in einer Stadt, der Förderung des aktiven Transports durch den Ausbau von Spazier- und Velowegen oder der Einschränkung des motorisierten Verkehrs in Verbindung stehen (Smith et al. 2017). Als eine weitere mögliche Massnahme wird die Zurverfügungstellung von Sporteinrichtungen von Gemeinden und Schulen für Gemeindebewohner erwähnt, wenn diese nicht für den Unterricht gebraucht werden (Ball et al. 2015).

Jedoch haben Reviews erst kürzlich den Fokus darauf gelegt, diese Massnahmen auch im Hinblick auf ihren Erfolg bei benachteiligten Gruppen zu überprüfen. Bereits im Artikel von Smith et al. (2017) wurde diskutiert, dass solche Massnahmen vor allem für nicht benachteiligte Gruppen effektiv sein könnten, wobei die Autoren die Qualität der Studien zur Überprüfung dieser Fragestellung bemängelten. In einem weiteren Review (Olstad et al. 2017), welches sich nur auf qualitativ bessere Studien konzentrierte, konnte ferner keine Evidenz dafür gefunden werden, dass sich eine günstige Gestaltung der Umwelt auf die Bewegungsmuster von sozioökonomisch benachteiligten Gruppen positiv auswirkt. Olstad et al. (2017) fanden zum Beispiel keine Evidenz dafür, dass der Umbau von Parkanlagen, Spielplätzen und schulischen Pausenplätzen in Quartieren mit einem hohen Anteil an sozioökonomisch schwachen Personen einen Einfluss auf die körperliche Aktivität ebendieser Personen (weder Erwachsene noch Kinder) zeigte (Olstad et al. 2017). Darüber hinaus gibt es auch Beispiele von Massnahmen, welche die Chancenungleichheit noch verstärkten. Das Bikesharing System in London wurde beispielsweise, laut einer Evaluation kurz nach der Implementierung, tendenziell eher von Männern aus sozioökonomisch bessergestellten Quartieren gebraucht, in denen Velofahren sowieso schon zur kulturellen Norm gehörte (Ball et al. 2015).

Auch die Einrichtung von Supermärkten mit gesundem Essen in Quartieren mit einem hohen Anteil an sozioökonomisch benachteiligten Gruppen zeigte bisher nur gemischte Erfolge. Solche Massnahmen konnten bisher den BMI in den Zielgruppen nicht positiv beeinflussen und führten auch in Bezug auf die Essensgewohnheiten zu keiner Verbesserung oder nur zu sehr durchmischten Resultaten (Abeykoon et al. 2017, Olstad et al. 2017). Eine Anpassung der Infrastruktur der Gemeinde, die in Kombination mit einer psychologischen Intervention durchgeführt wird (vgl. Kapitel 4.1.2), könnte jedoch wieder förderlich wirken (Abeykoon et al. 2017, Ball et al.

2015, Olstad et al. 2017). Eine erfolgsversprechende Strategie, Verhaltens- und Verhältnisprävention zu kombinieren sind Mehrebenen/ Multikomponenten Ansätze. Gittelsohn und Trude (2017) präsentieren mehrere von den Autoren durchgeführte Interventionen, welche gemeindebasiert und partizipativ vorgingen, das lokale Angebot an gesundem Essen förderten und gleichzeitig mit Kommunikationsstrategien die Nachfrage an gesunden Nahrungsmitteln zu steigern versuchten (Gittelsohn & Trude 2017). Mehrere solche Interventionen wurden mit benachteiligten Gruppen in den USA und auf den Marshall Inseln durchgeführt. Diese zielten nicht nur auf das Angebot in Supermärkten ab, sondern auch an Take-away Ständen, an Schulen, Arbeitsplätzen, Kirchen und in zivilgesellschaftlichen Institutionen. Kommunikationsstrategien zur Steigerung der Nachfrage beinhalteten Poster und Regaletiketten in den Verkaufsstellen, sowie Flyer, Veranstaltungen und Giveaways. Zur aktiven Einbindung der benachteiligten Gruppen wurden mehrheitlich Workshops zur Planung und Durchführung der Projekte veranstaltet (Gittelsohn & Trude 2017). Gemessen an verschiedenen psychosozialen und verhaltensbasierten Grössen, und z.T. auch gemessen am BMI, konnten diese Projekte Erfolge verbuchen (Gittelsohn & Trude 2017).

Gemeindeweite Ansätze (*community wide approaches*):

Gemeindeweite Ansätze (*community wide approaches*) werden in der Literatur bisweilen als mögliche Erfolgsstrategie bei benachteiligten Gruppen im Bereich Bewegung und Ernährung genannt (Ball et al. 2015). Damit sind Interventionen gemeint, die zum Ziel haben, die Gesamtbevölkerung einer Gemeinde oder einer soziokulturell definierten Gruppe zu erreichen (Baker et al. 2015). Darunter fallen einerseits die oben erwähnten Ansätze zur Veränderung der physischen Umwelt, aber auch Medienkampagnen oder individuelle Beratungsangebote (vgl. Kapitel 4.1.2), die gemeindeweit angeboten werden. Oftmals werden diese verschiedenen Ansätze in der Form von Multikomponenten-Interventionen kombiniert (vgl. Baker et al. 2015). Ein Beispiel dafür sind die obengenannten Multikomponenten-/Mehrebenen Interventionen im Bereich Ernährung, welche Erfolge verbuchen konnten (Gittelsohn & Trude 2017). Im Bereich Bewegung findet ein systematisches Review von 33 gemeindeweiten, kontrollierten Studien hingegen keine Evidenz für die Wirksamkeit solcher Ansätze zur Steigerung der körperlichen Aktivität von ganzen Bevölkerungsgruppen (Baker et al. 2015). Das Review fand auch keinen Effekt der Studien auf die sozioökonomische Benachteiligung. Hingegen fanden sie Interventionen, die zu einem unterschiedlichen Effekt bei Männern und Frauen führten (vgl. Kapitel 4.1.1.3) (Baker et al. 2015). Die untersuchten Studien unterschieden sich stark in Bezug auf ihre Komponenten. Den meisten gemeinsam war aber, dass sie mit lokalen Behörden oder NGOs zusammenarbeiteten (29 Studien). Viele boten auch Beratungen durch Gesundheitsfachleute (18 Studien) an. Rund die Hälfte benutzte zudem Medienkampagnen (15 Studien), aber nur 7 Studien nahmen Veränderungen der physischen Umwelt vor (Baker et al. 2015). Auch wenn der Erfolg grösstenteils ausblieb, so zeigte sich immerhin, dass Social Marketing die Benutzung von neuen Angeboten wie Spazierwegen erhöhen konnten (Baker et al. 2015). Auch konnte in gewissen Studien ein Erfolg auf Programmebene erzielt werden, indem z.B. mehr Leute zu Fuss gingen. Diese Erfolge führten aber nicht zu einer

gesamthaften Erhöhung der körperlichen Aktivität auf Gemeindeebene (Baker et al. 2015). Baker et al. (2015) sehen die Gründe für die fehlende Wirksamkeit darin, dass gemeindeweite Ansätze schwierig durchzuführen sind, dass die untersuchten Studien oftmals grosse Teile der Bevölkerung nicht erreichen konnten, dass sie nicht lange genug dauerten und dass sie sich auch auf gewisse Interventionskomponenten stützten, die womöglich gar nicht wirksam sind (Baker et al. 2015). Schliesslich wurden viele der 33 Studien in benachteiligten Gemeinden durchgeführt. Die fehlende Wirkung könnte deshalb auch ein Indiz dafür sein, dass die Interventionen nicht zielgruppengerecht genug gestaltet waren (Baker et al. 2015).

Anpassung der Lebensmittelpreise: Es gibt gemischte Befunde, was die Wirkung von Preiserhöhungen von „ungesunden“ Nahrungsmitteln zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten im Bereich Ernährung betrifft (Olstad et al. 2016). Im schlimmsten Fall zeigen solche strukturelle Massnahmen keine Effekte, wie Olstad et al. (2016) in ihrem kürzlich erschienen Review festhalten. Die Preiserhöhung von Süssgetränken in mobilen Automaten oder vorgefertigten Esswaren führte aber in den USA bzw. Ungarn auch zur selbstberichteten Abnahme im Konsum der entsprechenden Nahrungsmittel bei Personen aus tieferen sozioökonomischen Schichten (Olstad et al. 2016). Im Vergleich zur Erhöhung der Zigarettenpreise (vgl. Kapitel 4.3.1) ist zumindest mit keiner Akzentuierung von Benachteiligungen zu rechnen (Olstad et al. 2016).

Subventionen für gesundes Essen: In einem kürzlich erschienenen Review (Olstad et al. 2017) konnten keine Anzeichen dafür gefunden werden, dass generelle Subventionen für Früchte und Gemüse für Erwachsene mit tieferem sozioökonomischem Status zu einer generellen Steigerung der Einnahme von ebendiesen führten. Wie es scheint, entfalten solche Subventionen am ehesten ihre Wirkung, wenn sie Teil einer psychologischen Intervention sind (Everson-Hock et al. (2013), vgl. Kapitel 4.1.2).

4.1.1.2 Spezifische Ansätze in Abhängigkeit der Lebensphase

Wie in den vorherigen Kapiteln ersichtlich ist, gibt es wenig Evidenz dafür, dass die alleinige Anpassung von strukturellen Bedingungen zu einer Erhöhung der Chancengleichheit in Bewegung und Ernährung führen könnte (Craike et al. 2018). Dies ist nicht nur der Fall, wenn Erwachsene anvisiert werden (Olstad et al. 2016). Auch wenn benachteiligte Kinder im Fokus stehen, ist eine Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensprävention zu bevorzugen (Salis Gross et al. 2015). Die im Folgenden aufgeführten Policies scheinen laut neuesten Reviews am ehesten *per se* dafür geeignet zu sein, strukturell die Chancengleichheit von benachteiligten Personen zu fördern.

Etablierung von Leitlinien/Strategien/Konzepten an Schulen:

Ein aktuelles Review (Olstad et al. 2017) über erfolgsversprechende Policies im Bereich von Bewegung und Ernährung hat gezeigt, dass Schulen, die über Leitlinien

zur Förderung von Bewegung und Ernährung verfügen, effektiver die Bewegung und Ernährung von Kindern aus tieferen sozioökonomischen Verhältnissen fördern konnten als solche, die über keine verfügten. Am erfolgreichsten waren Schulen, die sich nebst pädagogischen Zielen, wie zum Beispiel die Bildung von Lehrpersonen, Kindern und Eltern, auch strukturelle Ziele setzten, wie zum Beispiel die Anpassung des Essensangebots, sodass es Ernährungsstandards entsprach, oder die Förderung von sportlichen Aktivitäten oder Gelegenheiten. Gleichzeitig ist zu sagen, dass die Austeilung von kostenlosem Gemüse und Früchte an Kinder nicht mit einer generellen Veränderung der Essensgewohnheiten und des Gewichts einhergingen (Olstad et al. 2017, Olstad et al. 2016). Erfolgreiche schulische Konzepte umfassen einen längeren Zeitraum (ein – bis zwei Schuljahre), sind auf mehreren Ebenen angesiedelt und partizipativ. Das heisst sie involvieren sowohl die Familien, wie auch die Schulkreise und/oder Gemeinde in deren Entwicklung und Umsetzung (Olstad et al. 2017).

Steuerliche Abzüge für Sportkurse der Kinder: Zwar besteht aktuell nur Evidenz aus Kanada, aber steuerliche Abzüge könnten ein Anreiz für Eltern mit tieferem sozioökonomischen Status darstellen, um die eigenen Kinder an Sportkursen anzumelden und somit die körperliche Aktivität dieser benachteiligten Gruppe zu steigern (Olstad et al. 2016, Spence et al. 2010). Während die Autoren eines kürzlich erschienen Reviews diese Massnahme deshalb befürworten (Olstad et al. 2016), sehen dies die Autoren der ursprünglichen Studie kritischer (Spence et al. 2010). Zwar hätte diese Massnahme dazu geführt, dass mehr Eltern ihre Kinder zu Sportkursen anmeldeten, dies sei aber unabhängig des Einkommens geschehen. Eltern aus tieferen sozioökonomischen Verhältnissen hätten auch seltener von der Massnahme gewusst, weshalb die Autoren dafür plädieren, dass Gelder gerichteter verwendet würden und an Organisationen gesprochen würden, die direkter mit der Zielgruppe in Kontakt sind (Spence et al. 2010).

4.1.1.3 Spezifische Ansätze zu horizontalen Benachteiligungsdimensionen:

Gender:

Ein systematisches Review von 33 gemeindeweiten, kontrollierten Studien fand zwar grundsätzlich keine genügende Evidenz für die Wirksamkeit solcher Ansätze zur Steigerung der körperlichen Aktivität (vgl. Kapitel 4.1.1.1) (Baker et al. 2015). Die Autoren weisen aber auf Studien hin, die von unterschiedlichen Effekten auf Männer und Frauen berichteten (Baker et al. 2015). Der Effekt geht dabei in unterschiedliche Richtungen d.h. je nach Intervention profitieren jeweils Männer bzw. Frauen mehr davon. In einer Intervention in einer kleinen arktischen norwegischen Gemeinde, konnte eine Steigerung der Bewegung bei Männern nicht aber bei Frauen festgestellt werden. Die Bewegung wurde in dieser Studie vor allem über Sportvereine gefördert (Lupton et al. 2003). Eine australische Studie berichtete hingegen von einer Zunahme des Anteils aktiver Frauen, während bei Männern

kein solcher Effekt festgestellt werden konnte. Diese Studie beinhaltete eine intensive Intervention mit mehreren Komponenten, darunter eine Informationskampagne, eine Webseite zum Selbstmonitoring und Ziele setzen (*goal setting*), sowie der individuelle Zugang zu Schrittzählern, Logbüchern und Beratungen. Schliesslich wurden auch Änderungen in der physischen Umwelt vorgenommen, indem z.B. Spazierwege instand gestellt wurden (Brown et al. 2006). Eine weitere Studie fand, dass die körperliche Aktivität während der Intervention bei Männern unter 35 Jahren sogar zurückgegangen war, während dies bei Frauen und bei Männern über 35 nicht der Fall war (Eaton et al. 1999). Von einem ähnlichen Resultat berichtet eine niederländische Studie, wo ein allgemeiner Rückgang der körperlichen Aktivität festgestellt wurde. Dieser Rückgang war aber bei Frauen weniger ausgeprägt als bei Männern (Wendel-Vos et al. 2009).

Auch ein Review zu Studien, welche die Nutzung von öffentlichen Parkanlagen – eine Massnahme zur Aufwertung der physischen Umwelt – untersuchte, stellte einen Gendereffekt fest (Joseph & Maddock 2016). Zwar nutzten etwa gleich viele Frauen wie Männer die Parks, die meisten Studien stellten aber fest, dass eher Männer diese für intensivere körperliche und sportliche Aktivitäten benutzten, während Frauen eher spazierten oder körperlich inaktiv waren (Joseph & Maddock 2016).

Die Gründe für die unterschiedliche Wirkung entlang der Genderachse sind aufgrund der erwähnten Studien nicht abschätzbar. Die Resultate weisen aber darauf hin, dass eine gleichförmige Wirkung von Interventionen auf die Benachteiligungsdimension Gender nicht einfach angenommen werden darf und dass diese Dimension beim Monitoring und der Evaluation berücksichtigt werden sollte.

Migrationshintergrund:

Nur wenige Studien untersuchten bisher, ob gezielte Medienkampagnen die Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten der Migrationsbevölkerung positiv beeinflussen können. Ein Review aus dem Jahr 2017 konnte lediglich drei Studien ausmachen, welche sich an Minoritätsgruppen in den USA richteten. In einem Falle sind dies Afroamerikaner und in zwei Studien verschiedene Gruppen der Migrationsbevölkerung (Latinos bzw. Chinesen) (Mosdol et al. 2017).

Studien mit Minoritätsgruppen in den USA sind nur beschränkt auf die Migrationsbevölkerung der Schweiz übertragbar, da diese im Falle von AfroamerikanerInnen nicht einen Migrationshintergrund besitzen. Im Falle von Latinos wird zudem in Studien oftmals nicht spezifiziert, um welche Migrationsgeneration es sich handelt. Beiden Gruppen ist aber mit vielen MigrantInnen in der Schweiz ein benachteiligter sozialer Status gemeinsam, der sich aus der Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen Minderheit ergibt. Ausserdem thematisieren zielgruppenspezifische Interventionen mit Latinos meist sprachliche und soziokulturelle Hindernisse, was auch für MigrantInnen in der Schweiz relevant ist. Aus diesem Grund werden in diesem

und in nachfolgenden Kapiteln Erkenntnisse aus Studien mit US Minoritätsgruppen unter dem Benachteiligungsmerkmal „Migrationshintergrund“ aufgeführt. Diese müssen aber mit Vorsicht auf den Schweizer Kontext übertragen werden.

Alle drei obengenannten Kampagnen aus den USA waren inhaltlich und sprachlich der Zielgruppe angepasst, benutzten aber nicht bereits bestehende, zielgruppenspezifische Medienkanäle (Mosdol et al. 2017) – womit ein möglicher Erfolgsfaktor für Kampagnen bei der Migrationsbevölkerung vernachlässigt wurde (vgl. Kampagnen zur Tabakprävention, Kapitel 4.3.1.3). Alle drei untersuchten, ob eine persönlich zugeschnittene Komponente den Erfolg der Kampagne erhöhen konnte. Die Studien produzierten keine eindeutigen Resultate in Bezug auf Verhaltensänderungen und eine Verringerung des BMI (Mosdol et al. 2017). Mehr Forschung ist nötig, um beurteilen zu können, inwiefern zielgruppenspezifische Medienkampagnen die Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten von Minoritätsgruppen – und speziell von Personen mit Migrationshintergrund – positiv beeinflussen können und welche Anpassungen erfolgsversprechend sind.

Genderidentität und/oder sexuelle Orientierung:

Aufgrund der vorliegenden Literaturrecherche konnten keine Studien zu strukturellen Massnahmen gefunden werden, welche zielgruppenspezifisch auf LGBT Menschen zugeschnitten waren oder welche die Wirkung von generellen Massnahmen auf die Gruppe der LGBT untersuchten.

4.1.2 Effektive Ansätze auf Projekt-Ebene

4.1.2.1 Generelle Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status:

Lebensphase Schwangerschaft/ frühe Kindheit (-9 Mo - 3 Jahre):

Interventionen zur Förderung der elterlichen Vorbildrolle gelten als effektiv, um die Ernährungsqualität von Kindern im Vorschulalter mit tiefem sozioökonomischem Status zu erhöhen (Craike et al. 2018). Dabei scheinen edukative Ansätze²⁹ erfolgreich, insbesondere wenn sie Verhaltensänderungstechniken anwenden und bestimmte Fähigkeiten aufbauen (vgl. Erfolgskriterien für multithematische Interventionen s.u.). Die Evidenz dafür scheint sich in den letzten Jahren erhärtet zu haben³⁰. Die Autoren (Craike et al. 2018), welche in ihrem Review die Ergebnisse aus

²⁹ Als edukative Ansätze werden im Folgenden Ansätze bezeichnet, welche im Englischen unter dem Begriff *educational* zusammengefasst werden. Diese beinhalten nicht nur die Vermittlung von Information sondern auch die interaktive Einübung und Umsetzung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Fertigkeiten.

³⁰ vgl. Zusammenfassung der wissenschaftlichen Literatur im Bericht *Salis Gross, Soom Ammann, Haug (2015). Chancengleichheit und gesundes Körpergewicht: Aktualisierung der wissenschaftlichen Fakten 2006-2014. Bericht zu Händen der Stiftung für Gesundheitsförderung Schweiz. PHS: Bern.*

unterschiedlichen Reviews zusammengefasst haben, schlussfolgern, dass sich solche Interventionen in unterschiedlichen Settings erfolgreich durchführen lassen, wie zum Beispiel im Elternhaus, im Rahmen von pädiatrischen Untersuchungen und in der Vorschule/Kindergarten, dass sie aber im Setting Gemeinde am häufigsten Erfolge erzielen konnten. Die Durchführung von Programmen mit Fokus auf Ernährung und Bewegung auf Gemeindesebene haben somit die grössten Chancen auf Erfolg zur Vorbeugung von Übergewicht bei jüngeren Kindern aus benachteiligten Familien (vgl. Sure Start in Grossbritannien oder Head Start in USA, zit. nach (Laws et al. 2014)). Im Falle von Interventionen im Setting der Vorschule oder in Kindertagesstätten wird hervorgehoben, dass die Einbindung der Eltern in diese Programme ein wichtiger Erfolgsfaktor ist, um das Gewicht der Kinder zu beeinflussen (Ball et al. 2015).

Besonders erfolgsversprechend zur Erhöhung der Ernährungsqualität und Verminderung von Übergewicht bei Kleinkindern aus tieferen sozioökonomischen Verhältnissen scheint die antizipierte Beratung von Müttern hinsichtlich des Stillens oder Einführens von festen Nahrungsmitteln zu sein. Mit antizipierend ist gemeint, dass solchen Eltern proaktiv beraten werden sollen, was für Situationen sie im Erziehungsalltag erwarten können und wie sie damit am besten umgehen (Laws et al. 2014). Die Autoren dieses Reviews betonen jedoch, dass solche proaktiven Beratungen sich nur dann effektiv gezeigt haben, wenn sie schon während der Schwangerschaft oder in der Zeit unmittelbar nach der Geburt stattfanden. Die Schwangerschaft und Geburt scheint ein besonders geeigneter Zeitpunkt zu sein, um mit dem Ansetzen von Gesundheitsförderung zu beginnen (Salis Gross et al. 2015).

Interventionen für benachteiligte Eltern von Kindern im Vorschulalter waren des Weiteren vor allem dann am effektivsten, wenn sie multithematisch ausgerichtet waren. Dies bedeutet, dass solche Interventionen nicht nur auf die Vorbeugung von Übergewicht abzielten (z.B. Sensibilisierung der Eltern fürs Gewicht ihrer Kinder), sondern gleichzeitig einen erleichterten Eintritt der Kinder in die Schule anvisierten (z.B. Sensibilisierung der Eltern für Alltagsroutinen, Regulierung von Medien- und Schlafgewohnheiten der Kinder) (Laws et al. 2014).

Multithematisch erfolgreich intervenieren bedeutet demnach, benachteiligte Eltern 1) im Aufbau von bestimmten Fertigkeiten fördern (z.B. Kochen, Kommunikation, Problemlösen, Konfliktbewältigung etc.), 2) beim Festlegen und Überprüfen von Zielen unterstützen, 3) zur Etablierung sozialer Kontakte/Netzwerke motivieren, 4) zur Anwendung von progressiven Belohnungssystemen in der Erziehung ihrer Kinder sensibilisieren und 5) über Unterstützungsangebote der Gemeinde informieren (Craike et al. 2018).

Bei Interventionen mit bereits übergewichtigen Kindern im Vorschulalter, fand ein Review von sieben Studien (davon 4 aus den USA), dass besonders Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten und Minoritätsfamilien schwer erreichbar und in diesen Studien untervertreten waren (Towner et al. 2016). Diese Interventionen hatten alle eine Gewichtsreduktion der übergewichtigen Kleinkinder zum Ziel und

versuchten das Verhalten von Kindern und Eltern in mehreren Bereichen (Ernährung, Bewegung und meist auch Medienkonsum) zu verändern. Dafür wurden jeweils unterschiedliche Ansätze verwendet (z.B. Selbst-Monitoring, Stimulus Kontrolle, erzieherische Strategien, praktische Komponenten, wie Degustationen oder gemeinsame körperliche Aktivität). Alle diese Interventionen waren relativ intensiv, das heisst, sie beinhalteten mehrere Treffen über eine Dauer von 4 Monaten bis zu einem Jahr, wobei die Treffen meist im Gruppensetting stattfanden (Towner et al. 2016). Als Barrieren gaben benachteiligte Familien am häufigsten Zeitprobleme an und eine fehlende Überzeugung, dass das Gewicht ihres Kindes problematisch sei. Als mögliche Lösungsansätze haben sich kulturell angepasste und farbcodierte BMI Diagramme bereits in bestimmten Studien bewährt. Die Beteiligung an solchen Interventionen war zwar allgemein am höchsten, wenn die Rekrutierung über Kinderärzte mittels eines persönlichen Kontaktes geschah und wenn auch die Durchführung im pädiatrischen Setting stattfand. Towner et al. (2016) schlagen aber vor, eine Rekrutierung über zusätzliche Settings, welche für sozioökonomisch benachteiligte Familien relevant sind, in Betracht zu ziehen. Im Falle der USA wären dies z.B. Notfallaufnahmen oder bestehende Unterstützungsprogramme wie Head Start (s.o.). Zudem empfehlen die Autoren, benachteiligte Familien bereits bei der Programmentwicklung partizipativ einzubinden, um die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen zu erhöhen (Towner et al. 2016).

Lebensphase Kindheit (4 -12 Jahre):

Bei Kindern im Schulalter scheint das Setting Schule viel stärker geeignet, um körperliche Aktivität und Ernährung zu fördern als die Settings, die sich im Vorschulalter als günstig abgezeichnet haben (Elternhaus, Regelversorgung und Gemeinde). Dies hat vordergründig damit zu tun, dass benachteiligte Eltern von älteren Kindern seltener mit den anderen Settings in Kontakt kommen bzw. treten und die Erreichbarkeit somit stark reduziert ist.

Aus einem Review von Reviews wird deutlich (Craike et al. 2018), dass insbesondere Interventionen, die in der Schule angesiedelt waren und mehrere Ebenen umfassten, die körperliche Aktivität von Kindern mit tieferem sozioökonomischem Status steigern konnten. Mit mehreren Ebenen ist gemeint, dass Bemühungen auf Individuumsebene (z.B. Thematisierung im (Sport-)Unterricht), mit Strategien auf struktureller Ebene (z.B. Schule erarbeitet Leitlinien, vgl. Kap. 4.1.1.2) zur Förderung von Bewegung und Ernährung kombiniert wurden. Die körperliche Aktivität von benachteiligten Kindern konnte vor allem dann gesteigert werden, wenn 1) das Thema im schulischen Regelcurriculum eingebettet wurde, 2) ausserschulische, sportliche Aktivitäten gefördert, bekannt oder zugänglich gemacht wurden und 3) reguläre Lektionen durch körperliche Übungen oder Entspannungsübungen ergänzt wurden (Craike et al. 2018).

Auch scheinen Interventionen zur Bekämpfung von Übergewicht bei benachteiligten Kindern eher erfolgreich, wenn sie nicht nur auf mehreren Ebenen ansetzen,

sondern auch mehrere individuelle Verhaltensweisen gleichzeitig zu verändern suchen (z.B. Bewegung, Ernährung, Zeit vor dem Bildschirm) und nicht nur beispielsweise die Bewegung alleine fördern (Wijtzes et al. 2017). Die Autoren des Reviews verweisen darauf, dass sich Veränderungen in einer Verhaltensweise (z.B. vermehrtes Trinken von Wasser, Bewegung) in dieser Zielgruppe zudem nicht automatisch auf andere Verhaltensweisen (z.B. geringerer Konsum von Süßgetränken, weniger Zeit vor dem Bildschirm) auswirken und demnach alle relevanten Verhaltensweisen gleichzeitig angegangen werden sollten (Wijtzes et al. 2017). Soziokulturelle Anpassungen der Interventionen auf die jeweilige Zielgruppe scheinen bei solchen Interventionen mit benachteiligten Gruppen auch erfolgsversprechend (Wijtzes et al. 2017). Andererseits sind gerade bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen auch strukturelle Massnahmen wichtig. Wijtzes et al. (2017) fanden demnach, dass Interventionen, die vor allem auf der Strukturebene ansetzten, auch ohne soziokulturelle Anpassungen erfolgreich waren.

Ein Review von Multikomponenten/Multilevel Interventionen zur Bekämpfung oder Prävention von Adipositas bestätigt, dass Ansätze im Kindesalter bei benachteiligten Gruppen dann erfolgreich sind, wenn sie auf mehreren Ebenen ansetzen und auf diesen Ebenen jeweils mehrere Interventionskomponenten aufweisen (Ewart-Pierce et al. 2016). Anders als Projekte, die sich nur auf die Schule fokussieren, konnten zwei der acht untersuchten Multikomponenten/Multilevel Interventionen erfolgreich die körperliche Aktivität von benachteiligten Kindern steigern. Vier weitere konnten die Zeit vor dem Bildschirm verringern und vier führten zu einer Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten (Ewart-Pierce et al. 2016). Darunter befindet sich auch die Schweizer Studie Ballabeina (Burgi et al. 2012, Puder et al. 2011), wo in 40 Kindergartenklassen in Lausanne und St. Gallen während einem Jahr eine multidimensionale Intervention durchgeführt wurde. Mindestens 40% der Kinder in jeder Klasse hatten einen Migrationshintergrund. Die Intervention setzte auf der strukturellen Ebene (Lehrpläne, physische Umwelt des Kindergartens) und der individuellen Ebene (Kinder, Lehrer, Eltern) an. Sie hatte zudem zum Ziel, mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig zu verändern (Bewegung, Ernährung, Mediennutzung, Schlaf). Die Kinder in der Interventionsgruppe zeigten nach einem Jahr eine gesteigerte aerobe Fitness, einen geringeren Körperfettanteil und Bauchumfang, sowie verbesserte Ernährungs-, Bewegungs- und Medienkonsumgewohnheiten (Selbsteinschätzung) (Puder et al. 2011). Noch ist aber nicht klar, welche Komponenten genau für den Erfolg dieser Multikomponenten/Mehrebenen Interventionen verantwortlich sind und welches die langfristigen Auswirkungen sind. Auch scheint eine Unterstützung auf Policy- oder Gemeindeebene ein wichtiger Erfolgsfaktor zu sein. Die Auswirkung dieser Ebene auf spezifische Interventionen ist aber schwieriger zu messen, da oft die Kontrollgruppe von den gleichen Policies betroffen ist (Ewart-Pierce et al. 2016).

Auch wenn Multikomponenten-Interventionen, welche mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig zu verändern suchen, laut den obenerwähnten Reviews eher als erfolgreich gelten, so gibt es auch eine Reihe von Beispielen von erfolgreichen Interven-

tionen, die sich nur auf die Ernährung konzentrieren. So zeigt ein Review, dass zielgruppenspezifische Interventionen im Setting Schule die Ernährungsgewohnheiten und zum Teil auch das Risiko von Übergewicht bei benachteiligten Kindern erfolgreich verbessern konnten (Evans et al. 2015). Die meisten dieser Studien wurden in den USA durchgeführt, aber auch eine Studie aus Deutschland wird zitiert, welche den Wasserkonsum von Kindern der Unterstufe in ökonomisch benachteiligten Gebieten erfolgreich steigerte. Das Risiko der Kinder für Übergewicht nahm auch ab, während kein Effekt auf den BMI festgestellt werden konnte (Evans et al. 2015, Muckelbauer et al. 2009). Ein Review von Studien, welche an afroamerikanischen Schulen durchgeführt wurden, fand dass viele Interventionen die Ernährungsgewohnheiten verbesserten, dass aber Auswirkungen auf den BMI entweder nicht gemessen wurden oder (mit einer Ausnahme³¹) ausblieben (Robinson et al., 2014). Etliche dieser Studien hatten eine Mehrebenen-Ausrichtung, wobei jene am erfolgreichsten waren, die auch das Setting des Speisesaals oder Änderungen in den Schulmahlzeiten einbezogen (Robinson et al. 2014). Die wenigsten dieser Studien an afroamerikanischen Schulen nahmen eine Änderung der Lehrpläne oder eine Integration der Intervention in den Regelunterricht vor. Die Autoren sehen aber gerade darin ein grosses Potential, auch benachteiligte Kinder zu erreichen. Eine Integration von Interventionskomponenten in den Lehrplan wurde auch zur Steigerung der körperlichen Aktivität als Erfolgsfaktor identifiziert (vgl. auch Craike et al. (2018), s.o.). Eine Integration in den Lehrplan kann die Arbeit der Lehrer erleichtern und so ihre Partizipation und Adhärenz erhöhen (Robinson et al. 2014). Auch wurden die obengenannten Ernährungsinterventionen nicht kulturell auf die Zielgruppe zugeschnitten. Hierin sehen die Autoren ein weiteres unausgeschöpftes Potential, da sich kulturelle Anpassungen bei zielgruppenspezifischen Interventionen im Erwachsenenalter bewährt haben (Robinson et al. 2014).

Auch wenn schulbasierte Interventionen im Kindesalter wie oben beschrieben unter benachteiligten Gruppen erfolgreich sein können, insbesondere wenn sie die strukturelle Ebene miteinbeziehen, so kann nicht angenommen werden, dass sich universelle Programme im Setting Schule automatisch positiv auf die Benachteiligung auswirken. Ein etwas älteres Review kommt zwar zum Schluss, dass sich schulbasierte Interventionen neutral verhalten, dass sie also für alle Kinder die gleiche Wirkung erzielen, unabhängig vom sozioökonomischen Status (Hillier-Brown et al., 2013). Moore et al. (2015) hingegen weisen darauf hin, dass die Wirkung von schulbasierten Interventionen auf die Benachteiligung nur etwa in einer von fünf Studien überhaupt analysiert wurde. Da wo Angaben zu Benachteiligungseffekten publiziert wurden, fallen die Resultate sehr gemischt aus. Unter den untersuchten Studien im Bereich Bewegung und Ernährung führte fast die Hälfte (5 von 12 Studien) zu einer Verschärfung der Benachteiligung, fünf stellten keinen Effekt auf die Benachteiligung fest und nur zwei berichteten von einem positiven Effekt (Moore et al., 2015). Für die Praxis bedeutet dies, dass möglichen Chancenungerechtigkeiten, d.h. einer geringeren Wirksamkeit bei sozioökonomisch benachteiligten SchülerInnen, bereits bei der Projektplanung, aber auch beim Monitoring und der Evaluation Rechnung getragen werden muss (vgl. Schlussfolgerungen, Kap. 7).

³¹ Gortmaker et al. (1999)

Nebst dem Setting Schule, wo die meisten der untersuchten Studien im Kindesalter angesiedelt sind, können Interventionen in anderen Settings, z.B. im Elternhaus, bei benachteiligten Kindern auch erfolgreich sein (Hillier-Brown et al. 2014). Hillier-Brown et al. (2014) nennen beispielsweise eine Intervention zur Reduktion der Zeit am Bildschirm in den USA (Robinson 1999), familienbasierte Bildung und Verhaltenstherapie in Finnland (Kalavainen et al. 2007) oder ein Bewegungsprogramm für benachteiligte, übergewichtige Kinder in Brasilien (Alves et al. 2008). Solche erfolgreichen Ansätze in ausserschulischen Settings können im Sinne von Mehrebenen-Initiativen gut mit Ansätzen im schulischen Setting verbunden werden.

Lebensphase Jugend und junge Erwachsene (12 - 20 Jahre):

Bisher lässt sich keine Evidenz dafür finden, welche Art von Interventionen zur Steigerung von körperlicher Aktivität bei benachteiligten Adoleszenten erfolgsversprechend sind (Craike et al. 2018, Kornet-van der Aa et al. 2017). Weder „gruppenbasierte“ Interventionen noch solche, die mehrere Komponenten kombinierten, konnten laut Craike et al. (2018) insgesamt positive Effekte erzielen. Dabei gibt es durchaus Interventionen, die erfolgreich zu einer Reduktion des BMI bei benachteiligten Jugendlichen geführt haben. Diese unterscheiden sich aber in den Ansätzen nicht von jenen Interventionen, die keinen Erfolg verzeichnen konnten (Kornet-van der Aa et al. 2017). Kornet-van der Aa et al. (2017) identifizierten in ihrem Review 14 Studien mit benachteiligten Jugendlichen, welche in unterschiedlichen Settings (Schulen, Gemeinde, Gesundheitswesen, Sommerlager) durchgeführt wurden und jeweils verschiedene Verhaltenskomponenten (d.h. Bewegung, Ernährung, Medienkonsum – jeweils einzeln oder in Kombination) anvisierten. Allen gemeinsam war, dass sie Verhaltenstechniken mit edukativen Komponenten und/oder strukturellen Massnahmen (vgl. Kap. 4.1.1) kombinierten. Fast alle Interventionen beinhalteten praktische Vorführungen von bestimmten Verhaltensweisen und übten diese mit den Jugendlichen ein (z.B. das gemeinsame Zubereiten von gesunden Snacks) (Kornet-van der Aa et al. 2017). Wie oben erwähnt, lassen sich aber aufgrund der bestehenden Studien keine klaren Erfolgskriterien ausmachen. Als mögliche erfolgsversprechende Strategien, die weitere Forschung bedürften, nennen Kornet-van der Aa et al. (2017) die aktive Partizipation der Jugendlichen während der Planung und Durchführung, erlebnisbasierte Aktivitäten (z.B. Ausflüge, die Bewegung beinhalten) und die Einbindung der Eltern. Ein Beispiel für einen erfolgreichen partizipativen Ansatz ist der Einsatz von Peer-Leadern, indem Schüler z.B. Teile der Intervention selber durchführen, oder indem sie damit beauftragt werden, gesunde Verhaltensweisen zu Hause fördern (Lubans et al. 2011). Für Änderungen der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten scheinen benachteiligte Jugendliche noch stark auf die Unterstützung der Eltern angewiesen. Deren aktive Einbindung über individuelle oder gruppenbasierte Beratung oder Mahlzeiten- und Snackpläne ist deshalb angezeigt (Kornet-van der Aa et al. 2017).

Weiter muss angemerkt werden, dass der Erfolg von Interventionen auch von den verwendeten Outcomes (z.B. BMI, Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität) und dem Ausgangsgewicht der Teilnehmenden abhängt. Am BMI gemessen waren demnach eher Interventionen erfolgreich, die mit bereits übergewichtigen Jugendlichen durchgeführt wurden, als rein präventive Programme mit vom Gewicht her durchmischten Gruppen (Kornet-van der Aa et al. 2017). Auch konnten, im Gegensatz zum BMI und zur körperlichen Aktivität, eher Veränderungen in den Ernährungsgewohnheiten bei benachteiligten Jugendlichen erzielt werden. Im Review von Kornet-van der Aa et al. (2017) führten fünf von sechs Interventionen, welche Angaben zu diesem Outcome machten, erfolgreich zu einer Veränderung in der Ernährung – darunter auch solche, die sich nicht positiv auf den BMI auswirkten. Fünf dieser sechs Interventionen, darunter auch jene, die nicht erfolgreich war, fanden im schulischen Setting und eine im Setting des Gesundheitswesens statt. Alle (auch jene, die nicht erfolgreich war), wandten die oben erwähnten potentiellen Erfolgskriterien der Partizipation der Jugendlichen und der Einbindung der Eltern an³². Inwiefern sich diese Ernährungsgewohnheiten langfristig eventuell doch noch auf die ein gesünderes Körpergewicht auswirken, bleibt unbeantwortet (Kornet-van der Aa et al. 2017). Nur eine von sechs Interventionen, welche die körperliche Aktivität als Outcome mass, konnte in diesem Bereich eine Veränderung erzielen (Kornet-van der Aa et al. 2017). Diese eine Studie war erlebnisbasiert und bot den benachteiligten Jugendlichen Outdoor Aktivitäten wie Schwimmen, Kajakfahren und Klettern an (Carraway et al. 2014).

Lebensphase Erwachsenenalter (Fokus Familie, Beruf) (21 - 55 Jahre):

Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität: Laut Craike et al. (2018) gestaltet es sich bisher schwierig, erfolgreiche Ansätze im Bereich der Bewegung bei benachteiligten Erwachsenen auszumachen. Einerseits gibt es nur eine beschränkte Anzahl Studien, die auf diese Zielgruppe fokussieren. Weiter sind die Interventionskomponenten in bestehenden Studien oftmals nicht ausreichend beschrieben. Meist handelt es sich zudem um Multikomponenteninterventionen (z.B. Kombination von Verhaltenstechniken, edukativen Komponenten und strukturellen Änderungen in der physischen Umwelt), was es weiter erschwert, Erfolgskriterien zu identifizieren (Craike et al. 2018). Viele Interventionen kombinieren zudem die Bereiche Bewegung und Ernährung (Bull et al. 2014)³³. Die bestehenden Reviews fassen also die Ergebnisse von relativ heterogenen Interventionen zusammen.

³² Eine weitergehende Analyse der Ansätze und Erfolgskriterien spezifisch von Interventionen zum Ernährungsverhalten wird im Review von Kornet-van der Aa et al. (2017) nicht vorgenommen. Die genannten Erfolgskriterien betreffen alle von den AutorInnen untersuchten Studien im Bereich Bewegung, Ernährung und/oder Medienkonsum.

³³ Bull et al. (2014) identifizieren in ihrem Review 35 Studien, darunter 7 zur Ernährung, 7 zur Bewegung, 5 kombiniert zur Bewegung und Ernährung, 1 kombiniert zum Rauchen und zur Ernährung, 3 mit getrennten Interventionsarmen zu verschiedenen Outcomes.

Zwar sind die Resultate von Bewegungsinterventionen mit benachteiligten Gruppen gemischt (Craike et al. 2018). Eine Meta-analyse von randomisiert-kontrollierten Studien konnte aber zeigen, dass diese insgesamt zu einer leichten Steigerung der körperlichen Aktivität in dieser Zielgruppe führten (Bull et al. 2014). Die meisten der von Bull et al. (2014) aufgeführten Studien wurden in den USA und mehrheitlich mit Frauen durchgeführt. Die konkrete Ausgestaltung der Interventionen ist laut den Review-AutorInnen in den Einzelstudien leider meist nur ungenügend beschrieben. Vielen Studien gemeinsam ist aber, dass sie von einer Gesundheitsfachperson durchgeführt wurden (Bull et al. 2014). Auch wenn diese Interventionen die körperliche Aktivität von benachteiligten Personen steigern konnten, so fiel der Erfolg insgesamt geringer aus als in Studien mit nicht benachteiligten Gruppen (Bull et al. 2014).

Intensive Lebensstilinterventionen zum Gewichtsverlust: Auch grosse, randomisierte Interventionsstudien zum Gewichtsverlust in den USA³⁴ kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Diese waren bei Personen aus sozioökonomisch benachteiligten Gruppen zwar grundsätzlich erfolgreich. Unterschiede in der Wirkung konnten aber in Bezug auf Personen mit einem Minoritätshintergrund und in der Intersektion zwischen Gender und Ethnizität festgestellt werden (vgl. Kap. 4.1.2.2 Gender) (Wadden et al. 2009, Harvey & Ogden 2014). Diese grossen Studien beruhen auf einer sehr intensiven Lebensstilintervention mit einer langen Dauer, womit sie teuer und aufwändig in der Durchführung sind und auch den Teilnehmenden viel abverlangen³⁵. Solche Interventionen sind deshalb oft nicht zugänglich für benachteiligte Personen (Harvey & Ogden 2014). Adaptierungen dieser Lebensstilinterventionen, welche gezielt mit benachteiligten Gruppen (Afroamerikaner und Latinas) durchgeführt wurden, führten denn auch zu einem viel geringeren Gewichtsverlust als bei den Vorbildstudien (Harvey & Ogden 2014). Als mögliche Gründe dafür werden Barrieren wie fehlende Zeit, sprachliche Barrieren, fehlende Kinderbetreuung, geringe Lesefähigkeit und fehlende Transportmöglichkeiten genannt (Harvey & Ogden 2014).

Interventionen zur Förderung einer gesunden Ernährung³⁶: Im Vergleich zur Steigerung der körperlichen Aktivität oder zu intensiven Lebensstilinterventionen mit dem Ziel des Gewichtsverlusts, zeigten Interventionen die auf gesunde Ernährung fokussierten geringere Erfolge; im Schnitt konnte bei Personen mit tiefem sozioökonomischen Status eine Steigerung des Früchte- und Gemüsekonsums um

³⁴ DPP, Diabetes Prevention Program (West et al. 2008), Look AHEAD, Action for Health in Diabetes (Wadden et al. 2009)

³⁵ Das DPP beinhaltet beispielsweise 16 Treffen innerhalb von 6 Monaten mit einem Case Manager, welcher die Teilnehmenden mittels Verhaltensänderungstechniken darin unterstützt, Änderungen in den Ernährungsgewohnheiten (Reduktion der Einnahme von Fetten) und in der körperlichen Aktivität (150 Minuten/Woche) vorzunehmen und dadurch das Gewicht zu reduzieren (West et al. 2008).

³⁶ Für die Ansätze im Bereich der Ernährung gelten dieselben Einschränkungen wie für jene zur Förderung der körperlichen Aktivität, welche die Charakterisierung von Ansätzen und die Identifikation von Erfolgskriterien erschweren. Diese sind u.a.: beschränkte Anzahl von Studien mit benachteiligten Gruppen, z.T. komplexe Multikomponenteninterventionen, ungenügende Angaben in Publikationen (vgl. Craike et al. 2018, Bull et al. 2014, Everson-Hock et al. 2013). Ausserdem gibt es kombinierte Interventionen, welche in beiden Bereichen einfließen (vgl. Bull et al. 2014).

eine halbe Portion pro Tag erreicht werden (Bull et al. 2014). Dies kann damit zu tun haben, dass Personen aus tieferen sozioökonomischen Schichten oft Mühe bekundeten, die Übersicht über gesundheitsfördernde Richtlinien/Verhalten zu behalten, wie in einem qualitativen Review von Everson-Hock et al. (2013) festgehalten wurde. Zum Beispiel wurden Informationen zu gesunder Ernährung häufig als unübersichtlich, missverständlich oder gar gegensätzlich beschrieben. So kam es, dass in einem Projekt unter ausgewogener Ernährung das Abwechseln von „guten und „schlechten“ Nahrungsmitteln verstanden wurde. Interventionen tun deshalb gut daran, die Botschaften möglichst einfach zu halten und allfällige Missverständnisse, die auch im Zusammenhang mit Informationen aus den Medien (TV, Zeitschriften, Internet) stehen, anzusprechen (Everson-Hock et al. 2013).

Erfolgskriterien für Interventionen zur Bewegung und Ernährung:

Die folgenden Erfolgskriterien beziehen sich auf die obengenannten, relativ heterogenen Ansätze zur Bewegung, Ernährung und zum Gewichtsverlust, welche oftmals mehrere Komponenten beinhalten (Verhaltenstechniken, edukative Komponenten, strukturelle Komponenten). Im Gegensatz zur Lebensphase Schwangerschaft/ früheren Kindheit, scheinen Massnahmen in diesen Bereichen im Erwachsenenalter erfolgreicher die Chancengleichheit zu fördern, wenn sie sich lediglich auf die Veränderung eines anstatt mehreren Verhaltens konzentrieren – z.B. nur körperliche Aktivität, statt körperliche Aktivität und gesunde Ernährung (Craike et al. 2018). Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität scheinen dann am erfolgreichsten zu sein, wenn sie mit einer Gruppe von Personen durchgeführt werden (anstatt mit einzelnen Individuen oder in der Gemeinde) (Ball et al. 2015, Craike et al. 2018). Mit erfolgreich ist gemeint, dass im Schnitt eine Steigerung der körperlichen Aktivität um zusätzliche 70 Minuten pro Woche erreicht werden konnte, wenn in Interventionen der Effekt der sozialen Unterstützung genutzt wurde (Cleland et al. 2013).

Inwiefern geschlechtergetrennte Gruppen ein Erfolgskriterium sind, kann aufgrund der Studienlage nicht beantwortet werden. Bei reinen Frauengruppen mit tiefem sozioökonomischem Status scheinen Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität grundsätzlich ebenso erfolgreich zu sein wie bei gemischten Gruppen (Craike et al. 2018). Unseres Wissens existiert noch kaum Forschung zur Effektivität von geschlechterspezifischen Interventionen zur Steigerung der Bewegung mit *benachteiligten* Männern. Reine Männergruppen schienen bei Interventionen zum Thema Ernährung förderlich zu wirken (Everson-Hock et al. 2013). Auf generelle männerspezifische Interventionen (d.h. nicht speziell auf *benachteiligte* Männer ausgerichtete Interventionen) wird zudem im Kapitel 4.1.2.2 (Benachteiligungsmerkmal Gender) weiter eingegangen.

Ein weiteres Erfolgskriterium von Interventionen zur Förderung der Bewegung und gesunden Ernährung auf Projektebene scheint der persönliche Kontakt zu sein, wobei er zu Beginn intensiver und dann im Laufe des Programms seltener und dann auch telefonisch erfolgen kann (Ball et al. 2015, Craike et al. 2018). Ein anderes Review kommt zum ähnlichen Schluss, dass Interventionen zur Gewichtsreduktion,

die rein auf Selbsthilfe beruhen, bei benachteiligten Gruppen eher weniger erfolgreich sind (Hartmann-Boyce et al. 2015). Zwar konnten die untersuchten Studien kurzfristig, d.h. 6 Monate ab Beginn, Erfolge verzeichnen. Der langfristige Erfolg blieb aber aus. Interaktive Komponenten konnten hingegen den Erfolg der Selbsthilfeinterventionen steigern (Hartmann-Boyce et al. 2015). Die durchführenden Personen können sowohl ein Peer wie auch eine Fachperson aus dem Gesundheitsbereich sein, solange letztere über ausreichende Kenntnis in Bezug auf die Zielgruppe oder die Gemeinde hat. Förderliche Aspekte der durchführenden Person sind, dass sie es schafft, die benachteiligten Personen für das Thema Bewegung oder Ernährung zu motivieren, sie zur Nutzung der eigenen Ressourcen zu empowern, ihnen Informationen in eine einfache Form wiederzugeben und empathisch und vertrauensvoll aufzutreten (Everson-Hock et al. 2013).

Vor allem die Aspekte ‚Motivation‘ und ‚Empowerment‘ scheinen fundamental zu sein, da die Erfolgswahrscheinlichkeiten von Interventionen stark sinken, wenn die Personen den Zusammenhang zwischen Bewegung/ Ernährung und der eigenen Gesundheit nicht erkennen oder sie gesunde Nahrungsmittel als „langweilig“ oder „unbefriedigend“ wahrnehmen, aber auch wenn sie meinen, diese Aspekte nicht unter ihre Kontrolle bringen zu können oder über mangelnde Fähigkeiten zu verfügen (Everson-Hock et al. 2013). In diesem Zusammenhang wird auch die Motivierende Gesprächsführung (*motivational interviewing*) als erfolgreicher Ansatz bei benachteiligten Personen genannt (Ball et al. 2015).

Weitere Aspekte von Bewegungs- und/oder Ernährungsinterventionen, die die Erfolgchancen bei sozioökonomisch benachteiligten Personen steigern konnten, sind, a) praktische Übungen/ Vorführungen, b) kleine Schritte Richtung Veränderung, c) inhaltliche Anpassungen an die Bedürfnisse der Personen (z.B. Rezepte für Familien, Bewegungsaktivitäten die Freude bereiten), d) ökonomische Anreize (wie Essenscoupons oder Gutscheine für Sportartikel/-programme) und e) Wochenendaktivitäten mit Kinderhütendiensten (Everson-Hock et al. 2013).

In Bezug auf ökonomische Anreize kam ein Review zum Schluss, dass diese eine stärkere Wirkung bei benachteiligten Personen aufweisen können als bei nicht benachteiligten Personen. Ein doppelt so starker Effekt konnte gemessen werden, allerdings nur im Zeitraum zwischen 6 und 12 Monaten ab Beginn der Interventionen (Mantzari et al. 2015). Dies zeigt, dass ökonomische Anreize durchaus eine sinnvolle Strategie darstellen, um Benachteiligungen kurzfristig anzugehen, dass aber andere Ansätze nötig sind, um langfristige Resultate zu erzielen. Die gleichen Autoren weisen auch daraufhin, dass der Effekt von ökonomischen Anreizen generell ab drei Monaten nach Beendigung der Intervention verschwindet (Mantzari et al. 2015). Auch fanden sie keine Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität, in der ökonomische Anreize zu einer Verbesserung führten. Kombinierte Interventionen zur Verbesserung von Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten konnten hingegen Erfolge mithilfe von ökonomischen Anreizen verbuchen (Mantzari et al. 2015).

Auch im Erwachsenenalter gibt es Anzeichen dafür, dass der Einbezug mehrerer Ebenen zum Erfolg von Interventionen beitragen kann. So konnte die Effektivität von psychologischen Bewegungs- und Ernährungsinterventionen gesteigert werden, wenn die Gemeinde in der Entwicklung und Implementierung der Massnahme involviert und/oder die Infrastruktur innerhalb der Gemeinde für die Intervention angepasst wurde (Craike et al. 2018, Taylor et al. 1998). Allerdings scheint der Einbezug mehrerer Ebenen weniger zentral zu sein als bei Interventionen im Kindesalter (s.o.).

Im Erwachsenenalter scheint auch das Setting der Einführung weniger ausschlaggebend als in früheren Lebensphasen. Das heisst, dass sich sowohl Interventionen, wo die benachteiligten Gruppen bei sich zu Hause aufgesucht wurden, wie auch solche, wo sie über eine Organisation oder die Gemeinde erreicht wurden, Erfolge erzielten (Craike et al. 2018). Eine Ausnahme ist das Setting des Arbeitsplatzes, wo Interventionen zu gemischten Resultaten führten und unter gewissen Umständen Benachteiligungen sogar verstärkten (Cairns et al. 2015). So konnten zielgruppenspezifische, d.h. auf sozioökonomisch benachteiligte Angestellte fokussierte Interventionen dann zu einer Gewichtsreduktion führen, wenn sie direkt körperliche Aktivitäten wie Gehen, Joggen, Velofahren organisierten, aber nicht, wenn sie rein auf Bildung oder Beratung basierten (Cairns et al. 2015). Universelle, d.h. an Angestellte aus verschiedenen Einkommensschichten gerichtete Interventionen, wie auch Mehrebenen-Interventionen (auf Struktur und individuelles Verhalten abzielend) führten zu gemischten Resultaten (Cairns et al. 2015). Die strukturellen Ansätze beinhalteten z.B. eine Aufwertung von Treppenhäusern und eine Verbesserung des Angebots an gesunden Lebensmitteln in Automaten. Generell kann festgehalten werden, dass beratungsbasierte Interventionen am Arbeitsplatz eher nicht wirksam waren und dass universelle Interventionen (im Gegensatz zu zielgruppenspezifischen Interventionen) sich eher negativ auf die Benachteiligung auswirkten, da sozioökonomisch bessergestellte Personen tendenziell stärker davon profitierten (Cairns et al. 2015).

Weiter scheinen auch das Alter und die Anzahl angewendeter Verhaltenstechniken nicht relevant (Craike et al. 2018). Will heissen, dass jüngere wie ältere Erwachsene mit tiefem sozioökonomischem Status von den untersuchten Interventionen profitierten und einfachere wie ausgeklügeltere Interventionen Erfolge erzielen konnten (Craike et al. 2018). Ein Beispiel für einfachere Intervention wäre, benachteiligte Personen in der Planung von Bewegungssequenzen zu unterstützen, indem sie Hindernisse im Alltag erkennen (z.B. lange Arbeitstage) und konkrete Alternativen planen (z.B. Spaziergang am Samstag mit anderen Personen aus der Gemeinde). Ausgeklügeltere Interventionen beinhalten z.B. eine Kombination aus Sportkloktionen, Motivierung per SMS oder E-Mail und persönliche Beratung zu den Themen Bewegung und Ernährung (Cleland et al. 2013).

Technologiebasierte Interventionen: Interventionen, welche SMS oder Smartphones zur Bewegungsförderung benutzen, scheinen auf ihre Wirkung auf die sozioökonomische Benachteiligung hin noch wenig erforscht zu sein (Ball et al. 2015,

Mendoza-Vasconez et al. 2016). Gerade einfache Technologien wie SMS wären aber eine erfolgsversprechende Strategie, um benachteiligte Personen in eine Intervention einzubinden, da sie flexibel und interaktiv sind, individuell angepasst werden können (Ball et al. 2015) und im Vergleich zu persönlichen Treffen gewisse Hürden, wie Transportkosten oder fehlende Kinderbetreuung umgehen (Mendoza-Vasconez et al. 2016). In den letzten Jahren wurden vermehrt auch Fitness-Tracker als Bestandteil in Bewegungsinterventionen integriert. Dabei konnte gezeigt werden, dass bereits ein Fitness-Tracker allein eine erfolgreiche Intervention darstellen kann, dass aber psychologische Interventionen mit weiteren Verhaltenstechniken den Erfolg verstärken können (Sullivan & Lachman 2016). Unseres Wissens existiert noch kein Review, welches solche technologiebasierten Interventionen auf ihre Wirkung auf die Chancengleichheit hin überprüft. Sullivan und Lachman (2016) sehen aber darin gerade bei benachteiligten Gruppen ein grosses Potential. Fitness-Tracker Interventionen haben nämlich besonders bei vorher körperlich nicht aktiven Personen Erfolge erzielt (Sullivan & Lachman 2016). Zwar benützen eher jüngere und sozioökonomisch bessergestellte Personen einen Fitness-Tracker, es gibt aber viele Smartphone Apps mit ähnlichen Funktionen und die Verbreitung von Smartphones nimmt auch unter sozioökonomisch benachteiligten und älteren Personen zu (Sullivan & Lachman 2016). Interventionen mit Smartphone-technologie könnten somit auch benachteiligte Gruppen erreichen. Auch könnten in Apps oder Fitness-Trackern Verhaltensänderungsstrategien integriert werden, die besonders für benachteiligte Gruppen relevant wären, wie zum Beispiel Aktionsplanung (*action planning*). Als eine weitere Möglichkeit benachteiligte Gruppen zu erreichen, schlagen die Autoren vor, dass Bewegung von Ärzten verschrieben wird und Fitness-Tracker über die Krankenversicherung finanziert werden sollten (Sullivan & Lachman 2016).

Lebensphase Höheres Alter (ab 55 Jahren):

Aufgrund der systematischen Literaturrecherche konnten drei Reviews ausgemacht werden, welche Bewegungs- und Ernährungsinterventionen im höheren Alter im Hinblick auf benachteiligte Personen untersuchen (Baxter et al. 2016, Lehne & Bolte 2017, Lood et al. 2015).

Das rigorose Review von (Lehne & Bolte 2017) konnte 11 Studien zur Steigerung der Bewegung von Personen im höheren Alter³⁷ finden, welche Zahlen zur Wirksamkeit entlang von Benachteiligungsdimensionen³⁸ auswiesen. Diese Interventionen waren in ihren Ansätzen und Vermittlungsarten sehr heterogen, was die Identifikation von Erfolgskriterien schwierig macht und auf die dürftige Studienlage zu Personen im höheren Alter hinweist. Das Review von Lehne und Bolte (2017) um-

³⁷ Das Review nahm Studien auf, die Personen ab 50 Jahren untersuchten.

³⁸ Studien, welche mögliche differenzielle Effekte entlang von mindestens einem PROGRESS-Plus Faktor (Place of residence, Race/ethnicity/culture, Occupation, Gender/sex, Religion, Education, SES, Social capital, plus weitere Merkmale sozialer Benachteiligung) analysierten, wurden berücksichtigt (vgl. auch O'Neill et al. 2014 zu PROGRESS Faktoren)

fasst folgende Arten von Interventionen: 1) webbasierte Interventionen, 2) Interventionen, die über personalisierte Briefe oder lediglich einen Flyer vermittelt wurden, 3) Interventionen mit integrierten, von Fachpersonen vermittelten Trainingsprogrammen, 4) im Rahmen der Regelversorgung oder mittels Hausbesuchen durchgeführte Interventionen und 5) strukturelle Interventionen. Neun dieser Studien berichteten von einer erfolgreichen Steigerung der körperlichen Aktivität beim Zielpublikum (Lehne & Bolte 2017). Die zwei webbasierten Interventionen konnten keine Erfolge erzielen. Sechs der neun erfolgreichen Interventionen deckten ungleiche Wirkungen entlang der Benachteiligungsdimensionen Gender und/oder Alter auf (Lehne & Bolte 2017). So profitierten beispielsweise Männer stärker von einem Fitness- und Muskeltrainingsprogramm, welches aus zwei Trainingslektionen pro Woche im Spital und einer Lektion zu Hause bestand und die Teilnehmenden zusätzlich ermunterte, sich im Freien mindestens 30 Minuten pro Woche körperlich zu betätigen (Capodaglio et al. 2007). Eine andere Intervention wurde im Rahmen der britischen Regelversorgung durchgeführt und involvierte medizinisches Fachpersonal bzw. Pflegefachpersonen in Arztpraxen, um ältere Personen zur Erhöhung der täglichen Schrittmenge zu motivieren (Harris et al. 2015). Diese Intervention war nur in der Subgruppe der männlichen Studienteilnehmenden erfolgreich, nicht aber bei Frauen (Harris et al. 2015). Die Intervention beinhaltete erstens das Austeilen eines Pedometers zur Selbstkontrolle an die Zielgruppe. Zweitens erhielten die Personen vier individualisierte Beratungen über drei Monate, in denen unter anderem die Daten des Pedometers besprochen wurden, ein individualisierter Bewegungsplan erstellt wurde und ein Büchlein mit konkreten Übungen ausgeteilt wurde. Auch wenn die Autoren der Studie eine randomisierte Ziehung von Patientinnen aus Hausarztpraxen trafen, empfehlen sie dennoch die Intervention gezielt bei benachteiligten, älteren Personen zu testen (Harris et al. 2015). Eine weitere, erfolgreiche Intervention, untersuchte präventive Hausbesuche durch Gesundheitsfachleute in Dänemark, die zum Thema körperliche Aktivität im höheren Alter sensibilisiert worden waren (Poulsen et al. 2007). Dies führte zu einer Stabilisierung der körperlichen Aktivität. Dies allerdings nur in der Subgruppe der 80jährigen Frauen, nicht aber bei 75jährigen Frauen und Männern in beiden Altersgruppen (Poulsen et al. 2007).

Ein Review untersuchte die Wirkung von Gesundheitsförderungsprogrammen auf ältere Personen mit einem kulturell oder sprachlichen Diversitätshintergrund (Lood et al. 2015). Vier von acht untersuchten Studien fokussierten sich auf eine Steigerung der Bewegung und weitere vier Studien beinhalteten Bewegung als Teil von Alltagsaktivitäten im Rahmen einer Beschäftigungstherapie. Alle wurden im Setting der Gemeinde durchgeführt. Eine weitere Präzisierung der Ansätze nimmt das Review leider nicht vor. Hinweise auf die verwendeten Ansätze lassen sich lediglich aus den unten aufgelisteten Erfolgskriterien ableiten (d.h. z.B. edukative Ansätze kombiniert mit Verhaltensänderungstechniken). Diese Interventionen führten, an den Resultaten der Meta-analyse gemessen, insgesamt zu einer Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit, einer Steigerung der Vitalität, und insbesondere auch zu einer Verringerung von Depressionen (Lood et al. 2015).

Die Autoren des Reviews nannten als mögliche Erfolgsfaktoren, damit solche Programme auch ältere Menschen aus Minoritätsgruppen erreichen, a) eine kulturelle und sprachliche Anpassung, b) ein personenzentrierter Ansatz, c) das Vermitteln von Gesundheitsinformationen und d) die Durchführung durch qualifiziertes Gesundheitspersonal (Lood et al. 2015). Kulturelle Anpassungen beinhalteten beispielsweise eine Anpassung des schriftlichen Materials, kulturspezifische Musik zur Begleitung von Turnübungen oder Kursleiter (*peer educators*) aus dem kulturellen Umfeld der Teilnehmenden. Teil eines personenzentrierten Ansatzes kann z.B. das Setzen individueller Ziele, ein interaktives Gruppensetting und ein Fokus auf Empowerment (self-efficacy) sein. Im Gruppensetting können sich die Teilnehmenden gegenseitig unterstützen (*peer support*), was zu einem gemeinsamen Empowerment führen kann (Lood et al. 2015).

Lebensphasenübergänge, z.B. die Pensionierung, gelten als geeignete Zeitfenster, um das Gesundheitsverhalten zu verändern. Das Review von Baxter et al. (2016) untersuchte deshalb, ob es erfolgreiche Ansätze gibt, um die Bewegung von älteren Personen zum Zeitpunkt der Pensionierung zu fördern. Die Autoren fanden aber lediglich eine Intervention, die sich auf diesen Lebensphasenübergang konzentrierte (Baxter et al. 2016). Eine Vielzahl weiterer (d.h. 102) Studien konnte hingegen gefunden werden, welche allgemein mit älteren Personen durchgeführt worden waren. Viele dieser Studien hatten vor allem weibliche Teilnehmende (vgl. Kap. 4.1.2.2 Gender) und die meisten von ihnen untersuchten nicht, ob die Intervention unterschiedliche Auswirkungen entlang des sozioökonomischen Gradienten hatte. Die untersuchten Studien gaben auch eine Vielzahl an (meist selbstberichteten) Erfolgsgrößen an, hatten oftmals keine Kontrollgruppe und können so auf ihre Wirksamkeit hin nur schlecht untersucht werden. Generell ist aber festzuhalten, dass eine Bandbreite von unterschiedlichen Ansätzen in dieser Altersgruppe erfolgreich sein kann. Insbesondere gruppenbasierte Angebote, Bewegungsangebote (in der Gemeinde oder zu Hause), Interventionen über das Telefon und Programme mit Pedometern zeigten die konsistentesten Erfolge (Baxter et al. 2016).

Bereits ein wenig älterer Bericht (Soom Ammann & Salis Gross 2011) zu Erfolgsfaktoren der Gesundheitsförderung bei älteren, benachteiligten Gruppen kam zur Erkenntnis, dass die Involvierung von Hausärztinnen und Hausärzten und die Förderung von präventiven Hausbesuchen wichtige Interventionen darstellen, um Benachteiligung im hohen Alter zu verringern. Hausärztinnen und Hausärzte sollten zwar nicht forciert, aber wenn immer möglich motiviert werden, schwer erreichbare, benachteiligte ältere Personen an Instanzen weiter zu verweisen, die Hausbesuche anbieten. Wie der Bericht weiter kritisch bemerkt, sollten präventive Hausbesuche nicht nur aus Beratungssitzungen bestehen, denn diese alleine bewirkten häufig noch keine Verhaltensänderung. Stattdessen sollten Personen, insbesondere wenn die interaktive ‚health literacy‘ wenig ausgebildet scheint, mit leichtem Druck zur sozialen (Re-)Integration angeleitet werden (z.B. über Gruppenangebote oder Gemeinwesenarbeit).

Während die Bedeutung und die wichtigen Aspekte von Gruppenangeboten im Bereich Bewegung und Ernährung bereits im Vorkapitel erläutert wurden, soll hier

näher auf die Gemeinwesenarbeit eingegangen werden, die besonders im höheren Alter an Bedeutung zunimmt. Gemeinwesenarbeit wird in unterschiedlichen thematischen Bereichen eingesetzt, hat jedoch immer das gleiche Ziel, nämlich die Förderung von Solidarität und die Integration von älteren Personen in einem Lebensumfeld, das über ihre unmittelbar bestehenden Netzwerke hinausreicht. Ältere Personen werden in solchen Projekten animiert, sich für ihr mittelbares Umfeld zu engagieren, es mitzugestalten und/oder zu verbessern. Vor allem solche Projekte, die jüngere Menschen mit älteren Menschen in Kontakt bringen, entlasten nicht nur die Gesellschaft, sondern bieten den älteren Menschen die Möglichkeit, ihr ansonsten brachliegendes Wissens- und Erfahrungspotenzial weiter zu geben. Im Gegenzug bleiben ältere Personen aktiv, was wiederum einen positiven Einfluss auf ihre Alterung zu haben scheint. Nicht zu vernachlässigen ist jedoch, dass ältere Personen in entsprechender Form Wertschätzung für ihr Engagement erhalten (Soom Ammann & Salis Gross 2011).

Ergänzend zu den bisher diskutierten Massnahmen, könnten neuere Empfehlungen aus zwei kürzlich erschienenen Reviews von Interesse sein (Lehne & Bolte 2017, Muellmann et al. 2018). Lehne und Bolte (2017) empfehlen zusätzlich zu den präventiven Hausbesuchen, auch die Versendung von computergenerierten, motivierenden Briefen mit individualisierten Bewegungsauswertungen und konkreten Tipps zu Aktivitäten in der unmittelbaren Umgebung (vgl. van Stralen et al. 2010). Diese Empfehlung ist deshalb interessant, weil die positive Wirkung der Briefe nicht abhängig vom Bildungsniveau der älteren Personen zu sein schien. Obwohl diese Empfehlung lediglich auf eine Studie aus den Niederlanden gestützt ist, könnte dies eine kostengünstige Alternative darstellen, die geprüft werden sollte, wenn präventive Hausbesuche, Beratungen in Arztpraxen oder Gemeinwesenprojekte nicht in Frage kommen oder nicht bekannt sind. Gleichsam sollte geprüft werden, ob webbasierte Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität im höheren Alter in Frage kommen (Muellmann et al. 2018). Diese Interventionen würden, in Kombination mit einem Trackinginstrument (z.B. Pedometer), individualisiertes Feedback zu der aktuellen körperlichen Betätigung geben und darauf gestützt individualisierte Verhaltenstipps geben können. Im Gegensatz zum Review von Lehne und Bolte (2017) fehlen im Review von Muellmann et al. (2018) jedoch vertiefte Auswertungen dazu, wie geeignet solche Interventionen für schwer erreichbare, benachteiligte ältere Personen sind.

4.1.2.2 Spezifische Ansätze nach horizontalen Benachteiligungsdimensionen:

Gender:

Weltweit gesehen bewegen sich Mädchen in der Adoleszenz weniger als Jungen (Allison et al. 2017). Ein Review von vier Studien aus Grossbritannien untersuchte deshalb Erfolgsfaktoren von Interventionen, welche Mädchen dazu anregen, sich

vermehrt in Teamsportarten zu betätigen (Allison et al. 2017). Auch hier gehören Motivation und Partizipation zu den Erfolgsfaktoren. Gemäss den Autoren waren Interventionen erfolgreicher, wenn sie die Mädchen direkt konsultierten, welche Sportart sie ausüben möchten, und wenn sie motiviert wurden, neue Sportarten auszuprobieren und längerfristig dabeizubleiben. Weiter unterstreichen sie, dass die Persönlichkeit der Trainerinnen und Trainer massgeblich zum Erfolg beitrug. Die Mädchen in einer der untersuchten Interventionen gaben an, dass sie es unter anderem schätzten, wenn die Trainerin oder der Trainer humorvoll und motivierend war und wenn er oder sie einen partizipativen Stil pflegte (Allison et al. 2017). Die Resultate dieses Reviews sind aber mit Vorsicht zu geniessen, da es sich lediglich auf vier Studien aus Grossbritannien stützt und keine systematische Beurteilung der Interventionen, gemessen an objektiven Erfolgsgrössen vornimmt. Die obengenannten Empfehlungen spiegeln vorwiegend die individuelle Beurteilung der Erfolgsfaktoren aus Sicht der Teilnehmerinnen und der durchführenden Lehrpersonen wider. Frauenspezifische Bewegungs- und Ernährungsinterventionen wurden auch im Migrationsbereich untersucht (vgl. Abschnitt Migrationshintergrund, s.u.) (Mendoza-Vasconez et al. 2016).

Neben genderspezifischen Interventionen befassen sich auch einige Reviews mit der Frage, ob sich generelle Interventionen unterschiedlich auf die Geschlechter auswirken. Grundsätzlich kommen diese Reviews zum Schluss, dass nur wenige Studien einen solchen Effekt überhaupt untersuchen. Von denen, die dies tun, sind die Effekte oftmals gemischt, weshalb kaum Aussagen zur genderspezifischen Benachteiligung und zu Erfolgsfaktoren gemacht werden können. Ein Review von Interventionen zur körperlichen Aktivität in der Regelversorgung zeigt auf, dass sehr viele Studien zwar Gender als Variable erheben, aber nur wenige davon die Existenz von potentiellen Gendereffekte gezielt überprüfen (Attwood et al. 2016). Von 150 Interventionen, welche Angaben zu Gender machten, konnten Attwood et al. (2016) lediglich 22 Studien finden, welche diesen Effekt mittels Subgruppen- oder Interaktionsanalysen untersuchten. Diese kamen zu sehr gemischten Resultaten. Etwas mehr als die Hälfte der Studien fanden keine unterschiedliche Wirkung der Interventionen entlang von Gender. Hingegen fanden vier Studien einen exklusiven oder stärkeren Effekt für Männer, während drei Studien nur eine Wirkung bei Frauen erzielen konnten. Aufgrund der existierenden Studien kann nicht abgeschätzt werden, welche Faktoren für diese Gendereffekte verantwortlich sein könnten (Attwood et al. 2016). Zu einem ähnlichen Resultat mit Gendereffekten in beide Richtungen kommt auch das Review von Lehne und Bolte (2017) zu Bewegungsinterventionen bei älteren Personen (vgl. Kap. 4.1.2.1 Höheres Alter).

Im Kindes- und Jugendalter berichten zwei Reviews von unterschiedlichen Resultaten für die Geschlechter. Ein Review von 15 computerbasierten Ernährungsinterventionen bei Jugendlichen (Ajie & Chapman-Novakofski 2014) fand vier solcher Studien, welche einen differenziellen Effekt entlang von Gender untersuchten. Diese stellten alle eine positive Veränderung in gewissen Bereichen lediglich unter weiblichen Teilnehmenden fest (Ajie & Chapman-Novakofski 2014). Ein anderes Review zur körperlichen Aktivität von Kindern zu Hause stellte fest, dass nur bei

Mädchen, aber nicht bei Jungen ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der Anzahl Fernsehgeräte in der Wohnung festzustellen war. Insbesondere wenn Fernseher im Schlafzimmer platziert waren, führte dies zu mehr inaktiver Zeit bei Mädchen. Gleichzeitig gab es auch nur bei Mädchen einen Zusammenhang zwischen der Anzahl Geräte zur körperlichen Betätigung (z.B. Laufbänder, Exergaming Tanzmatten oder Velos) in der Wohnung und der körperlichen Aktivität (Kaushal & Rhodes 2014). Diese Resultate sollten aber mit Vorsicht interpretiert werden, da sie nur auf Beobachtungsstudien beruhen (Kaushal & Rhodes 2014).

Grosse, multizentrische Interventionsstudien³⁹ aus den USA mit dem Ziel der Gewichtsreduktion publizierten detaillierte Resultate entlang von Subgruppen. Diese weisen darauf hin, dass Gender in Kombination mit anderen Benachteiligungsfaktoren – im Sinne der Intersektionalität – die Chancengerechtigkeit von Interventionen beeinträchtigen kann. Zwar konnten diese Interventionen in allen Gender-Ethnizitätsgruppen eine signifikante Gewichtsreduktion erzielen (Svetkey et al. 2012, Wadden et al. 2009, West et al. 2008). Doch erreichten afroamerikanische Frauen beispielsweise im Diabetes Prevention Program (DPP) eine deutlich geringere Gewichtsreduktion als alle anderen Gender-Ethnizitätsgruppen (West et al. 2008). Diese Benachteiligung konnte unter Männern im DPP nicht beobachtet werden. Afroamerikanische Männer verloren statistisch nicht signifikant weniger Gewicht als Männer anderer ethnischer Gruppen (Newton et al. 2014). In zwei weiteren ähnlichen Interventionsstudien verloren Afroamerikanerinnen auch weniger an Gewicht als männliche Afroamerikaner und weisse Teilnehmende (Svetkey et al. 2012, Wadden et al. 2009). Der Interaktionseffekt zwischen Gender und Ethnizität war aber im Falle der Weight Loss Maintenance (WLM) Studie nicht statistisch signifikant (Svetkey et al. 2012).

Weiter wird in Zusammenhang mit Gender in mehreren Reviews und Berichten die Untervertretung von Männern in Interventionsstudien zur Bewegung und Ernährung thematisiert (Robertson et al., 2014, Bottorf et al. 2015, Kessler, & Bürgi, 2016). Robertson et al. (2014) arbeiten deshalb Charakteristiken von Interventionen zum Gewichtsverlust heraus, welche erfolgreich Männer ansprechen. Männer profitierten demnach stärker von Interventionen als Frauen, wenn die körperliche Aktivität Teil des Programms war. Am erfolgreichsten waren Mehrkomponenten-Interventionen, die eine Diät, körperliche Aktivität und Verhaltensänderungstechniken kombinierten. Die Teilnehmer fanden aber einen alleinigen Fokus auf Diät wenig attraktiv, da dies als eine eher weibliche Aktivität konnotiert war. Sprachliche Anpassungen konnten die Komponente der Diät für Männer attraktiver machen. So fanden statt „Diät“ Begriffe wie „gesunde Ernährung“ oder „Portionengrößen“ stärkeren Anklang (Robertson et al. 2014). Männer schätzten zudem laut Robertson et al. (2014), die Vermittlung von Fakten zum Gewichtsverlust, und eine sachliche (*business-like*), einfache Sprache. Zudem fanden Männer Interventionen attraktiver, welche in sozialen Settings, wie z.B. in Sportclubs, stattfanden als im

³⁹ Erfolgreiche Interventionen sind beispielsweise: DPP, Diabetes Prevention Program (West et al. 2008), WLM, Weight Loss Maintenance (Svetkey et al. 2012), Look AHEAD, Action for Health in Diabetes (Wadden et al. 2009)

Kontext des Gesundheitssystems (Robertson et al. 2014). Ähnlich schlussfolgert auch das Review von Bottorff et al. (2015), dass gender-sensitive, an Männer gerichtete Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität erfolgreich sind. Unter den untersuchten Studien befinden sich auch solche, welche sich an benachteiligte Männer, z.B. mit Migrationshintergrund, richteten. Der Aspekt der Benachteiligung wird aber im Review nicht weiter thematisiert (Bottorff et al. 2015).

Auch ein kürzlich erschienener Bericht aus der Schweiz kommt zu ähnlichen Schlüssen. Im Rahmen des Projekts Via (Kessler & Bürgi 2016) wurde der Frage nachgegangen, wie ältere Männer (65+) besser erreicht werden können. Wenn gleich auch die Zielgruppe der Männer 65+ sehr heterogen sein kann, wurden einige Punkte zusammengetragen, die zu einer gesteigerten Teilnahme an Bewegungs- und Ernährungsangeboten unter dieser Zielgruppe führen könnten.

Wie der Bericht von Kessler und Bürgi (2016) klarstellt, seien ältere Männer nicht einfach „Vorsorgemuffel“, sondern an Themen interessiert, die in den klassischen Gesundheitsförderungskursen nur beschränkt abgehandelt werden, wie z.B. Pensionierung und Auswirkungen, Sexualität, funktionelle körperliche Einschränkungen (Stürze, Demenz, Schmerzen) und Check-ups. Angebote für ältere Männer würden demnach gut daran tun, den Fokus auf die Steigerung oder Erhaltung der (körperlichen) Leistung statt auf Gesundheit und Ernährung im Allgemeinen, zu legen. Allgemein wurde eine Anpassung der Sprache im Bericht gefordert. Da Begriffe wie „Kursen“, „Prävention“, „Gymnastik“ oder „ältere Männer“ von gesunden Männern 65+ schlecht akzeptiert würden, sollten lieber Begriffe wie „Referate“, „Gesundheitsmanagement“, „Training“ oder „Männer 65+“ verwendet werden.

Um den Zugang zu dieser Zielgruppe zu finden, bieten sich ähnliche Vorgehensweisen an wie mit anderen Zielgruppen- nämlich der Zugang über sogenannte „Männersettings“ (Vereine, Organisationen), Hausärztinnen und Hausärzte, Medien und Peers (vgl. Kessler & Bürgi 2016, 9-10). Einflussreiche Peers könnten in diesem Falle nicht nur andere Männer, sondern auch Partner/innen und Kinder der Senioren darstellen.

Es hat sich gezeigt, dass ältere Männer insbesondere bei kritischen Lebensereignissen (Vor-Pensionierung, körperliche Einschränkung, Tod von Nahestehenden) eine höhere Motivation aufweisen, sich mit den Themen Bewegung und Ernährung auseinanderzusetzen. Da kritische Ereignisse teilweise nicht erkannt oder verpasst werden, kann es auch von Vorteil sein, mit sogenannten Schnupperangeboten ältere Männer zu „locken“ (z.B. Schnupperstunden für Kochkurse oder Kochkurse „nur für Männer“) (Kessler & Bürgi 2016).

In Bezug auf Männer ist schliesslich anzumerken, dass in Bewegungs- und Ernährungsinterventionen diese zwar untervertreten sind, dass sie, wenn sie denn teilnehmen, grundsätzlich aber nicht schlechter abschneiden (siehe Abschnitte oben) und in Interventionen zum Gewichtsverlust sogar eher geringere Drop-out Raten aufweisen als Frauen (Robertson et al. 2014). Es handelt sich hier also vor allem um die Frage der geeigneten Rekrutierung von Männern und – im Sinne der Chancengerechtigkeit – insbesondere der Rekrutierung von *benachteiligten* Männern.

Migrationshintergrund:

Die partizipative Einbindung der Zielgruppe hat sich als Erfolgsgarant von unterschiedlichen Massnahmen zur Erhöhung der Chancengleichheit herauskristallisiert; gleichsam im Bereich der Bewegungs- und Ernährungsinterventionen. In den USA haben sich beispielsweise soziokulturell und sprachlich angepasste Interventionen in den Settings der Zielgruppen sowie partizipative Ansätze bei Gruppen mit Minoritäts- oder Migrationshintergrund als erfolgreich erwiesen (Mendoza-Vasconez et al. 2016, Tovar et al. 2014). Unter anderem arbeiteten erfolgreiche Projekte mit Gesundheitspromotorinnen aus der Zielgruppe (*promotoras*) zusammen. Mehrere Interventionen, welche in Zusammenarbeit mit afroamerikanischen Kirchen durchgeführt wurden führten zudem zu einer Steigerung der Bewegung unter Afroamerikanerinnen (Mendoza-Vasconez et al. 2016). Ein Review von 17 Studien aus den USA fand, dass soziokulturell angepasste verhaltensbasierte Interventionen vor allem im Bereich des Rauchstopps (vgl. Kap. 4.3.2.2 Migrationshintergrund) erfolgreich waren, nicht aber im Bereich Bewegung und Ernährung, wo nur eine von 12 Interventionen ein signifikantes Resultat erzielte (Nierkens et al. 2013). Als potentielle Erfolgsfaktoren machen die Autoren folgende aus: soziokulturelle Anpassungen bei verhaltensbasierten Interventionen sind vor allem dann erfolgreich, wenn die Programme nicht nur zielgruppenspezifisch sind, sondern weitere inhaltliche Anpassungen gleichzeitig vornehmen, wenn mit den Anpassungen eine Intensivierung der Intervention einhergeht (z.B. zusätzliche Gruppentreffen) und wenn die Ebene der Familie einbezogen wird (z.B. familien-spezifische Werte ansprechen, Familienmitglieder involvieren) (Nierkens et al. 2013).

In einem kürzlich erschienen Bericht (Salis Gross et al. 2015) wurde für die Schweiz zudem die transkulturelle Öffnung der Regeldienste und die Wichtigkeit der Einbindung von Gesundheitsakteuren und Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen aus den Communities der Migrationsbevölkerung hervorgehoben. Vor allem bei Bewegungs- und Ernährungsprojekten im höheren Alter ist zu bedenken, dass Personen mit Migrationshintergrund aus tieferen Einkommensschichten nach ihrer Pensionierung meist zu „erschöpft“ sind, um sich in neuen Gemeinwesenprojekten oder sozialen Netzwerken zu engagieren. Die Zusammenarbeit mit Vereinen oder religiösen Institutionen, die diesen Personen bereits bekannt sind, ist deshalb unverzichtbar (Soom Ammann & Salis Gross 2011).

Ein Review aus den USA zeigt, dass auch webbasierte Angebote zur Gewichtsabnahme erfolgreich bei Minoritätsgruppen eingesetzt werden können (Bennett et al. 2014). Vier von sechs untersuchten Studien führten zu einem signifikanten, allerdings recht bescheidenen, Gewichtsverlust unter benachteiligten Teilnehmenden (Afroamerikaner und Latinos). Alle erfolgreichen Interventionen boten neben dem internetbasierten Angebot auch punktuell eine persönliche Unterstützung durch eine beratende Person. Nur zwei der Studien nahmen zielgruppenspezifische kulturelle Anpassungen vor, was auf ein noch unausgeschöpftes Potential hindeutet. Auch erzielten die Interventionen ungewöhnlich hohe Halteraten von über 70%,

was darauf hinweisen mag, dass webbasierte Angebote benachteiligten Gruppen tatsächlich den Zugang zu Präventionsangeboten erleichtern können (Bennett et al. 2014). Eine neuere randomisiert kontrollierte Studie aus den USA unterstreicht das Erfolgspotential solch webbasierter Interventionen, vor allem wenn diese soziokulturell und sprachlich an die Zielgruppe angepasst werden. Die besagte Studie nahm die genannten Anpassungen vor und konnte erfolgreich die Bewegung im Zielpublikum der Latinas steigern (Marcus et al. 2016).

In Bezug auf Kinder mit Migrationshintergrund deutet ein Review von mehreren Studien aus den USA daraufhin, dass für diese ähnliche Ansätze erfolgreich sind wie für sozioökonomisch benachteiligte Kinder allgemein (vgl. Kap. 4.1.2.1 Lebensphase frühe Kindheit, Lebensphase Kindheit) (Tovar et al. 2014). So waren vor allem jene Programme erfolgreich, die auf mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig fokussierten (Bewegung, Ernährung, Schlaf, Bildschirmzeit) und auch jene, die die Eltern involvierten anstatt nur im Setting der Vorschule oder Kindertagesstätte anzusetzen (Tovar et al. 2014). Sowohl bei Kindern, wie auch bei der erwachsenen Migrationsbevölkerung unterstreicht dasselbe Review, dass Interventionen dann am erfolgreichsten sind, wenn sie sozial und kulturell an die Zielgruppe angepasst sind und die Migrationsbevölkerung partizipativ miteinbeziehen. Erfolgreiche Interventionen wurden zum Beispiel im Rahmen von existierenden Strukturen und Settings innerhalb der Migrationsgemeinden oder durch bilinguales Personal durchgeführt (Tovar et al. 2014). Die meisten der untersuchten Interventionen fanden im Gruppensetting statt, ein Programm führte zusätzlich Hausbesuche durch. Vier von sieben Interventionen mit Erwachsenen führten zu einer Reduktion des BMI (Tovar et al. 2014). Jedoch wurden die meisten von ihnen ohne Kontrollgruppe durchgeführt. Weitere Limitationen sind die kurze Dauer (2-6 Monate) und hohe Attritionsraten. Auch wurden die meisten Studien mit Latinos durchgeführt und keine auf eine andere Migrationsgruppe zugeschnittene Intervention in den USA konnte von den AutorInnen gefunden werden (Tovar et al. 2014).

Genderidentität und/oder sexuelle Orientierung:

Ein kürzlich erschienenes Review (Attwood et al. 2016) macht deutlich, dass bisherige Studien zur Förderung von körperlicher Bewegung in der Regelversorgung keine differenziellen Effekte von sexueller Orientierung oder Genderidentität untersucht haben, jedoch differenzielle Analysen nach allen anderen potentiellen Benachteiligungsfaktoren durchgeführt wurden (siehe ‚PROGRESS-Plus Faktoren‘: Geschlecht, Alter, Herkunft, Bildung, sozioökonomischem Status und Beeinträchtigung) (Attwood et al. 2016). Aufgrund der vorliegenden systematischen Literaturrecherche konnte ausserdem kein Review zu zielgruppenspezifischen Interventionen für LGBT Menschen im Bereich Bewegung und Ernährung gefunden werden. Hingegen ist eine koordinierte Initiative von fünf verschiedenen Programmen mit

lesbischen und bisexuellen Frauen aus den USA bekannt, welche die Bewegung und ausgewogene Ernährung in dieser Zielgruppe förderten (Ingraham et al. 2017, McElroy et al. 2016, Fogel et al. 2016). Diese zielgruppenspezifischen Programme konnten erfolgreich die körperliche Aktivität bei insgesamt zwei Dritteln der Teilnehmerinnen steigern, sowie bei der Hälfte den Verzehr von Früchten und Gemüse steigern. Alle Programme wurden mit lokalen Organisationen der Zielgruppe entwickelt und durchgeführt und fanden im Gruppensetting statt. Auch schien sich ein Fokus auf körperliche Aktivität auszuzahlen. Im Gegensatz dazu stiess die Thematisierung des Gewichts (als Ausdruck eines heteronormativen Körperbildes) zum Teil auf (heftigen) Widerstand (McElroy et al. 2016).

4.1.3 Good-Practice Beispiele

Im Folgenden werden Beispiele von Projekten zur Förderung der Bewegung und gesunden Ernährung aus der Schweiz vorgestellt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass die Projekte gut dokumentiert sind, dass die in der Literaturrecherche herausgearbeiteten Erfolgskriterien illustriert werden und dass die Beispiele verschiedene Lebensphasen und Benachteiligungsdimensionen abdecken. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben (vgl. Auswahlkriterien Kap. 2.3).

- **Frühförderprogramme für Kinder, z.B. schritt:weise** (<https://www.a-primo.ch/de/angebote/schritt-weise/uebersicht>): Sozial benachteiligte Familien werden von geschulten Laien (oft bereits integrierte Migrantinnen) zu Hause besucht und zu Themen der kindlichen Frühförderung, des Bildungssystems in der Schweiz und der Gesundheitsförderung beraten. Des Weiteren soll eine soziale Integration der Familie gefördert werden.
- **Beratung für Eltern mit Migrationshintergrund zur Förderung von Bewegung und Ernährung ab der Geburt, z.B. Miges Balù** (https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokusthemen/fruehe-foerderung/Steckbrief_MigesBalu_082017.pdf): Die Mütter- und Väterberatung ist ein bestehendes niederschwelliges Angebot im Setting der Gemeinde, welches antizipierte Beratung für Eltern anbietet. Miges Balù unterstützt diese darin, Familien mit Migrationshintergrund besser zu erreichen und eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung ab der Geburt zu fördern. Dies geschieht mithilfe von interkulturellen VermittlerInnen und über Weiterbildungen zu den Themen transkulturelle Kompetenz, Bewegung und Ernährung, Körperwahrnehmung, etc. für Mütter-Väter-BeraterInnen und für interkulturelle VermittlerInnen.
- **Tanzangebot für Mädchen und junge Frauen, z.B. roundabout** (<http://www.roundabout-network.org/home>): Das Tanzangebot will nebst der körperlichen Aktivierung von Mädchen/jungen Frauen, das Selbstwertgefühl dieser unterstützend fördern. Obwohl die Tanzkurse

nicht ausschliesslich benachteiligte Mädchen/junge Frauen akquirieren, nutzen Mädchen oder junge Frauen aus tieferen sozioökonomischen Schichten das Angebot roundabout häufiger als andere konventionelle Tanzangebote.

- **Geburtsvorbereitungskurse mit interkulturell Dolmetschenden, z.B. Mamamundo** (<http://www.mamamundo.ch>): In Vorbereitungskurse werden schwangere Frauen mit Migrationshintergrund in die Themen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eingeführt und Körperübungen praktiziert. Der Zugang zu diesen Frauen wird über Hebammen, Gynäkologinnen oder medizinische Betreuende aus Spitälern erleichtert.
- **Gesundheitsförderung und Prävention in der Familie, Runde Tische für MigrantInnen, z.B. FemmesTische oder Männer-Tische bzw. Väter-Foren** (<https://femmetische.ch/>): FemmesTISCHE bietet Frauen die Möglichkeit, sich in ungezwungenen Diskussionsrunden mit Fragen zu Erziehung und Gesundheit auseinandersetzen. Im privaten Rahmen lädt eine Gastgeberin sechs bis acht Mütter aus ihrem Bekanntenkreis zu sich nach Hause ein. Die Moderation regt mit einem kurzen Film, thematischen Bildern oder anderen Materialien das Gespräch über das gewählte Thema unter den Beteiligten an. An diesen Gesprächsrunden erhalten Familienfrauen mit Migrationshintergrund verständliche Informationen, wie ihre Gesundheit und jene ihrer Kinder fördern können. Spezifische Module zur Förderung der Bewegung und gesunden Ernährung von Kindern im Vorschulalter, Primarschulalter, sowie der Frauen selber stehen zur Verfügung. Auch Materialien zur Tabakprävention und neu auch zur Stärkung der psychischen Gesundheit liegen vor. Der „Peer-Group-Education“-Ansatz ist im Bereich niederschwelliger Elternbildung und insbesondere im Migrationsbereich ein vielversprechender Ansatz.
- **Feierabendtreffs für ältere Männer, z.B. „Feierabendtreff Männer 60-plus“** (http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_304.pdf): In Feierabendtreffen werden Männer 60+ z.B. zum Thema Pensionierung in Kombination mit dem Thema Partnerschaft informiert. Der Zugang zu diesen Männern erleichterten mehrere Organisationen, z.B. Pro Senectute Region Bern/ZIA, Pfarreien und dem Forum Männergesundheit. Eine Auseinandersetzung mit weiteren Benachteiligungsdimensionen (ausser Alter) konnte aus den Projektunterlagen nicht entnommen werden. Das Projekt ist aber partizipativ aufgebaut und könnte speziell auch für benachteiligte Männerzielgruppen adaptiert werden.

4.1.4 Forschungslücken und Limitierungen

Die Studien, welche sich auf die Chancengleichheit im Bereich Bewegung und Ernährung beziehen, weisen mehrere Limitierungen auf. Einerseits fehlen Langzeitergebnisse, insbesondere im Bereich der Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität oder Verhinderung des Übergewichts im Kindesalter (Craike et al. 2018). Das heisst bereits Erfolgsmessungen, die mindestens ein halbes Jahr nach der Intervention stattfanden, wurden in dieser Zielgruppe nur selten erhoben (Craike et al. 2018). Dies ist unter anderem deshalb auch wichtig, weil Studien im Erwachsenenalter zeigten, dass positive Effekte meist nicht Langzeit erhalten blieben (Craike et al. 2018).

Auch in Bezug auf strukturelle Massnahmen sind die meisten Studien zu kurzfristig, als dass ihre langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit, beispielsweise in Bezug auf chronischen Krankheiten, abgeschätzt werden können (Gittelsohn & Trude 2017). Dazu ist anzumerken, dass gerade bei strukturellen oder Policy-Massnahmen eine Messung der Wirksamkeit sehr komplex und aufwändig ist (Ball et al. 2015, Salis Gross et al. 2015). Da viele der untersuchten Studien aus den USA stammen, sind die Resultate, unter anderem im Hinblick auf strukturelle Massnahmen in der physischen Umwelt, mit Vorsicht zu geniessen. Ob eine Übertragung auf den Schweizer Kontext möglich ist, muss je nach Ansatz geprüft werden.

Eine weitere Limitierung, welche die Aussagekraft der Studien schmälert, ist die Tatsache, dass viele Interventionen an hohen Drop-out Raten litten, d.h. dass eine grössere Anzahl an Personen nicht bis zur Enderhebung erreicht werden konnten (Craike et al. 2018). Weiter stützen sich viele Studien auf selbstberichtete Messgrössen für die Bewegung und Ernährung der Studienteilnehmenden (Baxter et al. 2016, Gittelsohn & Trude 2017) und benutzen oftmals auch nicht validierte Messinstrumente, wie standardisierte Fragebögen oder Beschleunigungsmesser (Baker et al. 2015). Dies macht die Vergleichbarkeit der Resultate schwierig und verhindert, dass die Ergebnisse in Meta-analysen zusammengeführt werden können. Zum Teil beinhalten die Reviews auch relativ kleine Studien (z.B. Gittelsohn & Trude 2017, Lood et al. 2015), was die statistische Verlässlichkeit der Resultate schmälert. Schliesslich sind auch die Einschlusskriterien für die untersuchten Studien je nach Review unterschiedlich strikt. Während eine Mehrzahl der systematischen Reviews im Bereich Bewegung und Ernährung nur kontrollierte Studien einschliessen (z.B. Baker et al., 2015), berücksichtigen andere auch unkontrollierte Beobachtungsstudien (z.B. Cairns et al., 2015, Baxter et al., 2016, Kaushal & Rhodes, 2014), womit die Schlussfolgerungen der Reviews mit Vorsicht gegeneinander abzuwägen sind.

In Bezug auf Forschungslücken geht aus den untersuchten Reviews hervor, dass noch relativ selten die Wirkung einer Intervention entlang von Benachteiligungsdimensionen in der Form von Subgruppen oder Interaktionsanalysen untersucht wird (Attwood et al., 2016). Wo solche Analysen vorliegen, werden meist die Dimensionen Gender und Alter untersucht (Attwood et al., 2016, Lehne & Bolte, 2017), wobei insbesondere die Dimension der sexuellen Orientierung bisher keine

Beachtung in generellen, nicht zielgruppenspezifischen Studien fand (Attwood et al., 2016). Ein weiterer Bereich, wo die Studienlage zur Benachteiligung besonders klein ist, ist zudem die Lebensphase höheres Alter (vgl. Lehne, & Bolte, 2017, Baxter et al., 2016, Lood et al., 2015). Interventionsstudien im höheren Alter weisen zudem meist eine geringe Diversität der Teilnehmenden auf. Besonders Personen mit Minoritäts- oder Migrationshintergrund sind darin meist untervertreten (Lood et al., 2015). Auch in der Lebensphase Jugend und junge Erwachsene besteht ein Forschungsbedarf, da sich nur wenige Studien der Frage der Benachteiligung widmen und zudem bisher noch kaum erfolgreiche Ansätze identifiziert werden konnten (Craike et al., 2018, Kornet-van der Aa et al., 2017). Es fällt weiter auf, dass im Bereich der Ernährung und Bewegung in Bezug zu Gender nur wenige Reviews zu frauenspezifischen Ansätzen gefunden wurden. Beispielsweise fehlen Ansätze zu Lebensereignissen, wie die Schwangerschaft, welche wichtige Ansatzpunkte für Interventionen für Bewegung und Ernährung bei Frauen bieten. Dies kann einerseits mit der Suchstrategie mittels des Begriffs „gender“ anstatt beispielsweise „women“ zusammenhängen. Da durch unsere Suchstrategie aber Schlüsselbegriffe zur Benachteiligung relativ gut abdeckt sind, ist es gerechtfertigt anzunehmen, dass frauenspezifische Interventionen in Reviews der letzten fünf Jahre kaum auf ihre Wirkung auf *benachteiligte* Frauen hin untersucht wurden.

Bescheiden präsentiert sich die Forschungslage zu zielgruppenspezifischen Ansätzen bei LGBT Menschen. Kein Review konnte diesbezüglich zu Interventionen im Bereich Ernährung und Bewegung gefunden werden. Dass hier tatsächlich noch viel Forschungsbedarf besteht, wird von anderen Publikationen bestätigt. Zwar sind LGBT eher von Essstörungen und zum Teil auch eher von Gewichtsproblemen betroffen als heterosexuelle und Cis-Menschen (vgl. VanKim et al., 2017, National LGBT Health Education Center, 2018). Es gibt jedoch noch kaum Forschung zu erfolgreichen zielgruppenspezifischen Ansätzen in diesem Bereich (VanKim et al., 2017). Die after-queer Perspektive lässt vermuten, dass im Bereich Bewegung und Ernährung unter anderem Ansätze im Zusammenhang mit der Hinterfragung von normierten Körperbildern erfolgreich sein könnten. Ein Bericht des National LGBT Health Education Center (2018) in den USA fasst zusammen, dass die Auseinandersetzung mit Körperbildern bei homosexuellen männlichen Jugendlichen eher zum Druck zu einem muskulösen, athletischen Körper, bei weiblichen Jugendlichen eher mit einer Ablehnung von Schlankkeitsidealen und einer grösseren Akzeptanz von Übergewicht einhergeht (National LGBT Health Education Center, 2018). Die LGBT Identität und normierte Körperbilder können aber für beide Geschlechter zu gesünderen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten führen (VanKim et al., 2017) und gleichzeitig auch die Entwicklung von Essstörungen oder psychischen Problemen begünstigen (National LGBT Health Education Center, 2018). Es ist also nicht ausgeschlossen, dass in bestimmten Bereichen der Bewegung und Ernährung Heterosexuelle gegenüber LGBT benachteiligt sein könnten (z.B. heterosexuelle Männer in Bezug auf das Körpergewicht). Ein fehlender Blick auf die sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität in generellen Studien lässt aber diese Frage noch offen. In Bezug auf ein positives Körperbild gibt es ein Beispiel einer Intervention

aus den USA, welche dieses mithilfe von kognitiver Verhaltenstherapie bei HIV positiven homosexuellen und bisexuellen Männern positiv beeinflussen und damit deren Selbstfürsorge (self-care) verbessern konnte (Blashill et al., 2017, Lamb et al., 2018).

Ein weiterer Aspekt, wozu es unseres Wissens noch keine Interventionsstudien gibt, ist die Bereitstellung von geschlechterneutralen Umkleidekabinen, was insbesondere für Transmenschen relevant ist. Eine Studie hat gezeigt, dass geschlechterspezifische Umkleidekabinen in Sporteinrichtungen auch bereits für LGB Menschen zum Teil ein Hindernis für die körperliche Aktivität darstellen können (VanKim et al., 2017).

Weiterer Nachholbedarf besteht schliesslich in der Beantwortung der Frage, inwiefern technologiebasierte Interventionen, welche das Internet, Smartphones, Mobiltelefone oder Fitnesstracker nutzen, erfolgreich bei benachteiligten Gruppen eingesetzt werden können. Diese Technologien wurden in mehreren Reviews als potentiell vielversprechende Ansätze bei benachteiligten und schwer erreichbaren Gruppen im Erwachsenenalter (Sullivan et al. 2016) und im höheren Alter (Lehne, & Bolte, 2017; Muellmann et al., 2018) angepriesen, da sie relativ niederschwellig und zeitlich flexibel sind und individualisiertes Feedback erlauben. Eine Auseinandersetzung mit technologiebasierten Interventionen im Kindes- und Jugendalter im Zusammenhang mit Benachteiligung fand hingegen in den untersuchten Reviews erstaunlicherweise nicht statt.

4.1.5 Zwischenfazit: Bewegung und Ernährung

In diesem Zwischenfazit werden die Ansätze und Erfolgskriterien für eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Bewegung und Ernährung zusammengefasst. Zuerst werden die Erkenntnisse für Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status auf struktureller Ebene vorgestellt, gefolgt von Ansätzen auf Projektebene (nach Lebensphasen gegliedert). Schliesslich werden Ansätze für die horizontalen Benachteiligungsmerkmale Gender, Migrationshintergrund sowie sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität (auf Struktur- und Projektebene) zusammengefasst.

Strukturelle Ebene: Im Bereich der Bewegung und Ernährung hat sich gezeigt, dass strukturelle Massnahmen meist erst eine Wirkung entfalten, wenn sie mit Massnahmen auf anderen Ebenen kombiniert werden, d.h. in einer Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Dies gilt sowohl für eine Wirkung auf Gesundheitsindikatoren generell, wie auch auf die Chancengerechtigkeit. Zu den erprobten Ansätzen auf struktureller Ebene gehören Massnahmen zur Gestaltung der physischen Umwelt, wie die Erhöhung der Anzahl Spielplätze oder Grünflächen in einer Stadt, die Förderung des aktiven Transports durch den Ausbau von Spazier- und Velowegen oder die Einschränkung des motorisierten Verkehrs (Smith et al.,

2017, Olstad et al., 2017). Daneben wurden auch Interventionen erforscht, welche das lokale Angebot an gesundem Essen in benachteiligten Quartieren förderten (Olstad et al., 2017, Abeykoon et al., 2017). Für sich genommen, gibt es kaum Evidenz, dass solche strukturellen Massnahmen die Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten bei benachteiligten Gruppen steigern konnten. Auch finanzielle Anreize für gesunde Ernährung über eine Erhöhung der Preise für „ungesunde“ Nahrungsmittel oder Subventionen für gesundes Essen zeigten weitestgehend keine Effekte (Olstad et al., 2016). Am ehesten konnten strukturelle Massnahmen an Schulen (z.B. über Leitlinien, Anpassungen des Essensangebots, Ausweitung der Gelegenheiten zur sportlichen Betätigung) (Olstad et al., 2017) und Vergünstigungen von Sportkursen für Kinder (z.B. mittels Steuervergünstigungen) eine Wirkung entfalten (Olstad et al., 2016, Spence et al., 2010). Allerdings sind auch diese eher wirksam, wenn sie mehrere Ebenen umfassen und Vergünstigungen können chancengerechter gestaltet werden, wenn sie von Akteuren umgesetzt werden, die direkt mit benachteiligten Gruppen in Kontakt sind (Olstad et al., 2016, Spence et al., 2010).

Viele Studien verweisen darauf, dass strukturelle Veränderungen verbunden mit psychologischen Interventionen auf individueller Ebene (Olstad et al., 2017, Abeykoon et al., 2017, Ball et al., 2015, Everson-Hock et al., 2013) oder vereinzelt auch in der Form von gemeindebasierten Mehrebenen-Interventionen eine Wirkung erzielen können (Baker et al., 2015, Gittelsohn et al., 2017). In Bezug auf die Chancengerechtigkeit konnten unter anderem Interventionen im Bereich der Ernährung in den USA eine positive Wirkung bei benachteiligten Gruppen erzielen, wenn sie zielgruppenspezifisch und partizipativ vorgingen, auf mehreren Ebenen ansetzten und mehrere Interventionskomponenten aufwiesen (Gittelsohn et al., 2017). Solche Interventionen förderten z.B. auf Strukturebene das lokale Angebot an gesundem Essen an mehreren Stellen (z.B. in Supermärkten, Organisationen, Schulen, Arbeitsplätzen, Take-away Ständen) und verbanden dies mit Kommunikationsstrategien zur Steigerung der Nachfrage (Gittelsohn et al., 2017). Ein anderes Erfolgsbeispiel zeigt eine Studie, welche mittels Social Marketing die Benutzung von neuen Spazierwegen erhöhen konnte (vgl. Baker et al., 2015).

Schwangerschaft/frühe Kindheit: Auf Projektebene gelten Interventionen zur Förderung der elterlichen Vorbildrolle als effektiv, um die Ernährungsqualität von Kindern im Vorschulalter mit tiefem sozioökonomischem Status zu erhöhen (Craike et al., 2018). Dabei scheinen edukative Ansätze (*educational approaches*) erfolgreich, insbesondere wenn sie Verhaltensänderungstechniken anwenden und konkrete Fähigkeiten aufbauen (Craike et al., 2018). Dabei haben insbesondere Interventionen im Setting der Gemeinde Erfolge bei der Verringerung von Übergewicht bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern erzielt (Laws et al., 2014). Erfolgreiche Beispiele sind die auf benachteiligte Kinder ausgerichteten Frühförderungsprogramme Head Start in den USA und Sure Start im Vereinigten Königreich (Laws et al., 2014). Weitere Erfolgsfaktoren sind unter anderem die antizipierte Beratung, welche schon in der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt einsetzt, ein multithematischer Fokus (z.B. Fokus auf Alltagsroutinen, Medien- und Schlaf-

gewohnheiten), die Förderung von konkreten Fertigkeiten (z.B. Kochen, Erziehungskompetenzen), Unterstützung beim Ziele setzen, die Förderung von sozialen Kontakten, und die Information zu weiteren Unterstützungsangeboten in der Gemeinde (Laws et al., 2014).

Während obengenannte eher präventiv ausgerichtete Interventionen benachteiligte Familien relativ gut zu erreichen scheinen, kommt ein Review zum Schluss, dass diese in Interventionen zur Gewichtsreduktion bei bereits übergewichtigen Kindern im Vorschulalter oft schwer zu rekrutieren und untervertreten sind (Towner et al. 2016). Die besagten Interventionen waren inhaltlich ähnlich aufgebaut wie die präventiv ausgerichteten Programme zur Förderung der elterlichen Erziehungskompetenzen (d.h. multithematisch, konkrete Fähigkeiten fördernd), sie waren aber meist relativ zeitintensiv. Als Barrieren für benachteiligte Familien wurden denn auch Zeitprobleme und eine fehlende Überzeugung, dass das Gewicht des Kindes problematisch sei, identifiziert (Towner et al. 2016). Als Lösungsansätze dafür werden unter anderem kulturell angepasste und farbcodierte BMI Diagramme, die Rekrutierung über zielgruppenspezifische Settings (z.B. Notaufnahmen, andere Unterstützungsprogramme) und die partizipative Einbindung bereits bei der Programmentwicklung genannt (Towner et al. 2016).

Kindheit: In der Lebensphase der Kindheit haben sich Bewegungs- und Ernährungsinterventionen im Setting Schule bei benachteiligten Gruppen bewährt. Dies vor allem dann, wenn sie multithematisch ausgerichtet waren und mehrere Ebenen umfassten (Craike et al., 2018, Wijtzes et al., 2017, Ewart-Pierce et al., 2016). Das heisst, sie waren eher erfolgreich, wenn sie mehrere individuelle Verhaltensweisen gleichzeitig zu verändern suchten (z.B. Bewegung, Ernährung, Medienkonsum) (Wijtzes et al., 2017). Weiter scheint der Einbezug der strukturellen Ebene zentral, zum Beispiel über Leitlinien, Einbettung des Themas in den Lehrplan, Integration von Bewegungsübungen in reguläre Lektionen, Anpassungen der physischen Umwelt und über die Änderung von Schulmahlzeiten (Craike et al., 2018, Wijtzes et al., 2017, Ewart-Pierce et al., 2016, Robinson et al., 2014). Auch wenn schulbasierte Interventionen im Kindesalter also unter benachteiligten Gruppen erfolgreich sein können, so kann nicht angenommen werden, dass universelle, nicht-zielgruppenspezifische Interventionen an Schulen automatisch chancengerecht sind. Sehr selten wurden diese bisher überhaupt auf ihre Chancengerechtigkeit hin untersucht. Da wo Zahlen vorliegen, führten laut einem Review (Moore et al., 2015) fast die Hälfte der Interventionen zu Verschärfungen der Chancenungleichheit, d.h. sie verbesserten die Gesundheit von sozioökonomisch benachteiligten Kindern weniger als jene von bessergestellten Kindern. Für die Praxis bedeutet dies, dass möglichen Chancenungerechtigkeiten bereits bei der Projektplanung, aber auch beim Monitoring und der Evaluation Rechnung getragen werden muss.

Jugend und junge Erwachsene: Bisher lässt sich keine Evidenz dafür finden, welche Art von Interventionen zur Steigerung von körperlicher Aktivität bei benachteiligten Adoleszenten erfolgsversprechend sind (Craike et al., 2018, Kornet-van der Aa et al., 2017). Zwar gibt es erfolgreiche Interventionen. Diese unterscheiden

sich aber in den Ansätzen nicht von Interventionen, die keine Effekte erzielen konnten (Kornet-van der Aa et al., 2017). Zudem konnte über die vorliegende Literaturrecherche nur eine sehr beschränkte Anzahl an Studien identifiziert werden, welche spezifisch mit benachteiligten Jugendlichen durchgeführt wurden (Kornet-van der Aa et al., 2017). Diese wurden in unterschiedlichen Settings (Schulen, Gemeinde, Gesundheitswesen, Sommerlager) durchgeführt und strebten unterschiedliche Outcomes, jeweils einzeln oder in Kombination, an (d.h. Bewegung, Ernährung und/oder Medienkonsum). Von den Ansätzen her kombinierten die untersuchten Interventionen meist Verhaltenstechniken mit edukativen Komponenten und/oder strukturellen Massnahmen (Kornet-van der Aa et al., 2017). Als mögliche Erfolgskriterien, welche mehr Forschung bedürften, werden die Partizipation der Jugendlichen in Programmentwicklung und Durchführung (z.B. mittels Peer Leadern), die Einbindung der Eltern und erlebnisbasierte körperliche Aktivitäten (z.B. Ausflüge, Outdoor Aktivitäten) genannt (Kornet-van der Aa et al., 2017). Zudem scheint eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten in dieser Lebensphase (wie auch in anderen Lebensphasen) eher möglich als eine Veränderung der körperlichen Aktivität oder des BMI (Kornet-van der Aa et al., 2017).

Erwachsenenalter: Im Erwachsenenalter gestaltet es sich bisher schwierig, erfolgreiche Ansätze im Bereich Bewegung und Ernährung bei benachteiligten Erwachsenen auszumachen, da es nur wenige Studien in dieser Zielgruppe gibt, die verwendeten Interventionskomponenten relativ heterogen sind, die Ansätze in den Studien oft schlecht beschrieben sind und es sich zudem meist um vergleichsweise komplexe Multikomponenteninterventionen handelt (z.B. Kombination von Verhaltenstechniken, edukativen Komponenten und strukturellen Änderungen in der physischen Umwelt) (vgl. Craike et al, 2018). Laut einer Meta-Analyse konnten Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität diese insgesamt auch bei benachteiligten Erwachsenen leicht erhöhen (Bull et al. 2014). Eine geringe Verbesserung konnte insgesamt auch im Bereich der Ernährung festgestellt werden (Bull et al. 2014). Eine mögliche Barriere, der bei Ernährungsinterventionen Rechnung getragen sollte, ist, dass besonders sozioökonomisch benachteiligte Personen häufig Mühe mit Ernährungsempfehlungen bekunden. Diese werden oft als missverständlich, unübersichtlich und gar als gegensätzlich empfunden (Everson-Hock et al., 2013). Auch in grossen, randomisierten Studien in der Allgemeinbevölkerung, welche den Gewichtsverlust mittels intensiven Lebensstilinterventionen in den Bereichen Bewegung und Ernährung anstrebten, erzielten Personen aus benachteiligten Gruppen Erfolge (Wadden et al. 2009, Harvey & Ogden 2014).

Die obengenannten Interventionen zur körperlichen Aktivität und zum Gewichtsverlust führten demnach auch bei benachteiligten Personen zum Erfolg, sie waren aber bisher eher nicht chancengerecht. Meist waren diese Interventionen nichtzielgruppenspezifisch und benachteiligte Gruppen waren jeweils untervertreten. Oftmals verzeichneten benachteiligte Personen zudem einen geringeren Erfolg als bessergestellte Teilnehmende (Wadden et al., 2009, Harvey et al., 2014). Auch auf benachteiligte Zielgruppen zugeschnittene Adaptierungen dieser Programme führten zu viel geringeren Gewichtsverlusten als die Vorbildprogramme (Harvey et al.,

2014). Als mögliche Gründe dafür werden Barrieren wie fehlende Zeit, Sprache, fehlende Kinderbetreuung, geringe Lesefähigkeit und fehlende Transportmöglichkeiten genannt (Harvey et al., 2014).

Im Gegensatz zu früheren Lebensphasen scheinen Massnahmen im Erwachsenenalter zudem erfolgreicher bei benachteiligten Gruppen, wenn sie sich lediglich auf die Veränderung einer anstatt mehrerer Verhaltensweisen konzentrieren (Craike et al, 2018). Weiter können unter anderem folgende Erfolgskriterien ausgemacht werden, mit denen die Chancengerechtigkeit von Interventionen im Bereich Bewegung und Ernährung gesteigert werden kann: 1) gruppenbasierte Angebote, 2) persönlicher Kontakt, 3) durchführende Personen, die aus der Zielgruppe kommen oder mit der Zielgruppe vertraut sind, 4) Berücksichtigung der Aspekte Motivation und Empowerment, 5) praktische Übungen, 6) kleine Schritte in Richtung Veränderung, 7) die inhaltliche Anpassungen an die Zielgruppe (z.B. passende Rezepte oder Bewegungsaktivitäten) und 8) Wochenendaktivitäten mit Kinderhütendiensten (vgl. Craike et al., 2018, Ball et al., 2015, Everson-Hock et al., 2013). Das Setting hingegen scheint in dieser Lebensphase weniger relevant als beispielsweise in der Kindheit (Craike et al. 2018). Auch der Einbezug mehrerer Ebenen kann zwar den Erfolg von Interventionen steigern, wenn beispielsweise die Gemeinde in die Entwicklung und Implementierung der Massnahme einbezogen wird, scheint aber weniger ausschlaggebend als in anderen Lebensphasen (Craike et al. 2018, Taylor et al. 1998).

Wenig Forschung konnte zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung im Setting des Arbeitsplatzes gefunden werden. Die existierenden Interventionen in diesem Setting schienen aber nur dann chancengerecht, wenn sie zielgruppenspezifisch, d.h. auf sozioökonomisch benachteiligte Arbeitnehmende fokussiert, waren (Cairns et al. 2015). Ein Erfolgskriterium war zudem, wenn die Interventionen konkrete Angebote zur körperlichen Betätigung (z.B. Gehen, Joggen, Velofahren) organisierten (Cairns et al. 2015). Ein Ansatz, welcher möglicherweise auch mit benachteiligten Gruppen ein grosses Potential birgt, aber noch nicht auf die Wirkung in dieser Zielgruppe erforscht ist, sind technologiebasierte Interventionen, welche z.B. SMS, Smartphones und/oder Fitnesstracker nutzen (Ball et al. 2015, Mendoza-Vasconez et al. 2016). Diese Instrumente hätten für benachteiligte Gruppen womöglich die Vorteile, dass sie zeitlich flexibel und interaktiv sind, individuell angepasst werden können und Hindernisse wie Transportkosten oder fehlende Kinderbetreuung umgehen könnten (Ball et al. 2015, Mendoza-Vasconez et al. 2016).

Höheres Alter: Zu Bewegungs- und Ernährungsinterventionen im höheren Lebensalter ist bisher vergleichsweise wenig publiziert worden. Für die Förderung der Bewegung bei älteren Personen in der Allgemeinbevölkerung zeigten laut einem Review (Baxter et al., 2016) gruppenbasierte Angebote, Interventionen mit konkreten Angeboten zur körperlichen Betätigung (in der Gemeinde oder zu Hause), Interventionen über das Telefon und Programme mit Pedometern die konsistentesten Erfolge (Baxter et al., 2016). Ältere Personen mit einem Diversitätshintergrund wurden von solchen allgemeinen Interventionen jeweils kaum erreicht.

Bei den wenigen Studien, die solche zusätzlich benachteiligten älteren Personen miteinschlossen, konnten folgende Erfolgskriterien für die Chancengerechtigkeit identifiziert werden: a) eine inhaltliche und sprachliche Anpassung an den soziokulturellen Kontext b) ein personenzentrierter Ansatz, der Empowerment fördert c) das Vermitteln von Gesundheitsinformationen und d) die Durchführung durch qualifiziertes Gesundheitspersonal (Lood et al., 2015). Weitere Erfolgsfaktoren der Gesundheitsförderung von älteren benachteiligten Personen im Allgemeinen stellen zudem die Involvierung von Hausärztinnen und Hausärzten, präventive Hausbesuche und die soziale (Re-)Integration (z.B. über Gruppenangebote oder Gemeinwesenarbeit) dar (Soom Ammann, Salis Gross, 2011).

Gender: Im Bereich der Bewegung und Ernährung gibt es Hinweise darauf, dass sich strukturelle Massnahmen, sowie gemeindeweite Interventionen auf mehreren Ebenen je nach Intervention unterschiedlich auf die Geschlechter auswirken können (Baker et al., 2015, Joseph et al., 2016), d.h. manchmal profitieren Frauen und manchmal Männer mehr von der Massnahme. Dabei können aufgrund der bestehenden Studien keine Erfolgsfaktoren für geschlechtergerechte Interventionen abgeleitet werden. Dies bedeutet, dass eine gleichförmige Wirkung von strukturellen oder kombinierten Interventionen auf die Geschlechter im Bereich Bewegung und Ernährung nicht einfach angenommen werden darf und dass dieses Benachteiligungsmerkmal beim Monitoring und der Evaluation systematisch berücksichtigt werden sollte.

Gleiches gilt für Interventionen auf Projektebene. Nur wenige Studien zu Ernährungs- und Bewegungsinterventionen überprüfen mögliche Chancenungerechtigkeiten entlang der Geschlechter mittels Subgruppen- oder Interaktionsanalysen. Die wenigen, die dies tun, kommen zu gemischten Effekten, welche bisher noch keine Schlüsse auf mögliche Erfolgsfaktoren zulassen (Attwood et al., 2016). Unterschiedliche Effekte entlang von Gender konnten in verschiedenen Lebensphasen, z.B. bei Kindern und Jugendlichen (Ajie & Chapman-Novakofski 2014, Kaushal & Rhodes 2014), bei Erwachsenen (Attwood et al. 2016, Wadden et al. 2009, Harvey & Ogden 2014) und im höheren Alter (Lehne & Bolte 2017) festgestellt werden. Grosse, multizentrische Studien mit dem Ziel der Gewichtsreduktion konnten zudem aufdecken, dass Gender in Kombination mit anderen Benachteiligungsfaktoren – im Sinne der Intersektionalität – die Chancengerechtigkeit beeinträchtigen kann. So erreichten beispielsweise afroamerikanische Frauen im Diabetes Prevention Program (DPP) eine deutlich geringere Gewichtsreduktion als alle anderen Gender-Ethnizitätsgruppen (West et al., 2008). Aus diesem Grund sind zum Teil spezifische Interventionen angezeigt, welche gezielt mit Frauen mit Migrations- oder Minoritätshintergrund durchgeführt werden. In den USA haben sich Interventionen bei Latinas oder Afroamerikanerinnen bewährt, wenn sie soziokulturelle und sprachliche Anpassungen vornahmen, partizipativ ausgerichtet waren, mit Gesundheitspromotorinnen aus der Zielgruppe arbeiteten oder in Settings der Minoritätsgemeinden (z.B. in Kirchen) durchgeführt wurden (Mendoza-Vasconez et al., 2016).

Ein oft thematisierter Geschlechterunterschied stellt die Untervertretung von Männern in Bewegungs- und Ernährungsinterventionen dar (Robertson et al., 2014, Bottorf et al. 2015, Kessler, & Bürgi, 2016). Da Männer, wenn sie teilnehmen, insgesamt nicht schlechter abschneiden als Frauen (s.o.), handelt sich hier vor allem um die Frage der geeigneten Rekrutierung von Männern und – im Sinne der Chancengerechtigkeit – insbesondere der Rekrutierung von *sozioökonomisch benachteiligten* und *älteren* Männern. Um Männer vermehrt anzusprechen, werden unter anderem folgende Ansätze empfohlen: ein Fokus auf körperliche Aktivität und die Steigerung/Erhaltung der körperlichen Leistung, sprachliche Anpassungen (z.B. „Training“ statt „Gymnastik“) und die Rekrutierung und Durchführung in „Männer-settings“ (z.B. Vereine, Organisationen, Sportclubs) (vgl. Kessler & Bürgi, 2016, Bottorf et al. 2015). Im Vergleich zu genderspezifischen Interventionen mit Männern konnten praktisch keine frauen- oder mädchenspezifischen Interventionen über die vorliegende Literaturrecherche identifiziert werden. Eine Ausnahme bilden die obengenannten Interventionen mit Frauen aus Minoritätsgruppen (Mendoza-Vasconez et al. 2016) und ein Review zur Förderung des Teamsports bei Mädchen in Grossbritannien (Allison et al. 2017). Letzteres nennt als Erfolgskriterien eine direkte Konsultation der Mädchen, welche Sportart diese ausüben möchten, und die Förderung der Motivation, zum Beispiel über einen motivierenden, partizipativen Trainingsstil und eine humorvolle Trainerin oder Trainer (Allison et al. 2017).

Migration:

Auf der Strukturebene untersuchten nur wenige Studien bisher, ob zielgruppenspezifische Medienkampagnen die Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten der Migrationsbevölkerung und von Minoritätsgruppen positiv verändern können. Drei solcher Kampagnen aus den USA sind bekannt, welche inhaltlich und sprachlich auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten waren, aber nur gemischte Resultate erzielten (Mosdol et al., 2017). Keine der Studien benutzte existierende Medienkanäle der jeweiligen Zielgruppe, womit womöglich ein Erfolgskriterium für wirksame Kampagnen bei der Migrationsbevölkerung vernachlässigt wurde (vgl. Kampagnen zur Tabakprävention in der Migrationsbevölkerung, Kapitel 4.3.1.3).

Bei Bewegungs- und Ernährungsinterventionen mit Erwachsenen und Kindern mit Migrationshintergrund in den USA haben sich folgende Erfolgskriterien herauskristallisiert. Interventionen waren dann am erfolgreichsten, wenn sie inhaltlich und sprachlich auf die Zielgruppe angepasst wurden, partizipativ waren und wenn sie im Rahmen von existierenden Strukturen und Settings innerhalb der Migrationsgemeinden und durch Personen aus der Zielgruppe oder durch bilinguales Personal durchgeführt wurden (Mendoza-Vasconez et al., 2016, Tovar et al., 2014). Diese Resultate reflektieren die Erkenntnisse aus einem Bericht zur Chancengleichheit und gesundem Körpergewicht aus der Schweiz, wo die Wichtigkeit der Partizipation von Gesundheitsakteuren und Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen aus den Communities der Migrationsbevölkerung hervorgehoben wird (Salis Gross, Soom Ammann, Haug, 2015). Neben obengenannten verhaltensbasierten Ansätzen konnten auch webbasierte Angebote zur Gewichtsabnahme bei Minoritätsgruppen in

den USA positive Wirkungsnachweise erbringen (Bennett et al. 2014). Die existierenden Studien erzielten alle ungewöhnlich hohe Halteraten von über 70 Prozent (Bennett et al. 2014), was das Potential und die Akzeptanz von solchen Ansätzen in benachteiligten Gruppen unterstreicht. Mögliche Erfolgskriterien solcher Interventionen sind zudem die Kombination von webbasierten Angeboten mit punktueller persönlicher Unterstützung (Bennett et al. 2014) und eine sprachliche und inhaltliche Anpassung an die Zielgruppe (Marcus et al. 2016).

Genderidentität und/oder sexuelle Orientierung:

In Studien zu Interventionen im Bereich Bewegung und Ernährung fanden die sexuelle Orientierung und die Genderidentität bisher praktisch keine Beachtung – weder auf struktureller noch auf Projekt-Ebene (Attwood et al., 2016). Zwar sind auch LGBT von Gewichtsproblemen und in erhöhtem Masse verglichen mit heterosexuellen Menschen von Essstörungen betroffen (vgl. VanKim et al., 2017, National LGBT Health Education Center, 2018), aber es gibt noch kaum Forschung zu erfolgreichen zielgruppenspezifischen Ansätzen in diesem Bereich (VanKim et al., 2017). Ein geeigneter Anknüpfungspunkt zur Gesundheitsförderung im Bereich Bewegung und Ernährung bei LGBT Jugendlichen könnte die Auseinandersetzung mit normierten Körperbildern darstellen, welche Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten (positiv/negativ) beeinflussen und Essstörungen und psychische Probleme begünstigen können (vgl. VanKim et al., 2017, National LGBT Health Education Center, 2018). Weiter sind erfolgreiche, zielgruppenspezifische Interventionen zur Förderung der Bewegung und gesunden Ernährung mit lesbischen und bisexuellen Frauen in den USA bekannt (McElroy et al. 2016). Mögliche Erfolgskriterien sind dabei die Durchführung im Gruppensetting und mit lokalen Organisationen der Zielgruppe und ein Fokus auf körperliche Aktivität statt auf die Thematisierung des Gewichts, da letzteres als Ausdruck eines heteronormativen Körperbildes verstanden werden kann (McElroy et al. 2016). Ein weiterer Aspekt, wozu es unseres Wissens noch keine Interventionsstudien gibt, ist die Bereitstellung von geschlechterneutralen Umkleidekabinen, was insbesondere für Transmenschen relevant ist. Eine Studie hat gezeigt, dass geschlechterspezifische Umkleidekabinen in Sporteinrichtungen auch bereits für LGB Menschen zum Teil ein Hindernis für die körperliche Aktivität darstellen können (VanKim et al., 2017).

4.2 Bereich II: Psychische Gesundheit

4.2.1 Effektive Ansätze auf struktureller Ebene

4.2.1.1 Generelle Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status:

Armutsabbau: In einem kürzlich erschienenen Review (Wahlbeck et al. 2017) wird festgehalten, dass der Armutsabbau einer der prioritären Punkte ist, der angegangen werden muss, um die psychische Gesundheit von benachteiligten Personen zu

fördern und psychischen Störungen vorzubeugen (Wahlbeck et al. 2017). Die Stabilisierung der ökonomischen Situation von Familien mit Kindern ist dabei von besonderer Bedeutung, da ein sozioökonomisch tiefer Status mit diversen negativen Einflüssen auf die psychische Gesundheit assoziiert ist, welche sich auch im Erwachsenenalter noch negativ auf die Gesundheit auswirken können (vgl. Kap. 4.2.2.1 Schwangerschaft/frühe Kindheit) (Luchenski et al. 2017). Unter Armutsabbau werden unterschiedliche Massnahmen subsummiert wie die Forderung von fairen Mindestlöhnen, die Umverteilung von Geldern in der Gesellschaft oder die Vorbeugung von Schulden(fallen). Jedoch halten dieselben Autoren fest, dass die Effekte von solchen Bestrebungen je nach Land und Setting unterschiedlich ausfallen können, was der Komplexität der unterschiedlichen Kontexte zu verschulden ist (Wahlbeck et al. 2017). Zudem ist zu bedenken, dass benachteiligte Gruppen eventuell zusätzliche Unterstützung auf individueller Ebene brauchen, um von den bestehenden Angeboten zur Armutsbekämpfung überhaupt Gebrauch zu machen und allfällige administrativen Hürden zu überwinden (Yoshikawa et al. 2017). Ungesichert (aber eventuell aussichtsreich) ist laut denselben Autoren, dass Beratungsangebote für benachteiligte Familien zur Verhinderung von Schulden oder zur Optimierung der finanziellen Situation eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit der Betroffenen haben können. Die Forderung nach Armutsabbau wurde auch von der Weltgesundheitsorganisation in ihrem Bericht zu den sozialen Determinanten von psychischer Gesundheit als eine der wichtigsten Massnahmen hervorgehoben (WHO 2014).

Verbesserung der Wohnsituation: Die Verbesserung der Wohnsituation ist eines der gesicherteren Interventionsfelder auf struktureller Ebene, um die psychische Gesundheit von benachteiligten Personen zu fördern (Wahlbeck et al. 2017). Unterschiedliche Massnahmen scheinen denkbar und effektiv: a) Förderung von Strukturen, die benachteiligte Personen darin unterstützen, sich eine Wohnung überhaupt leisten zu können, b) Förderung der sozialen Durchmischung durch Programme, die benachteiligte Personen in weniger benachteiligten Gegenden ansiedeln, und c) Förderung von Sanierungs- und Renovierungsarbeiten von Wohnungen in benachteiligten Gegenden oder von benachteiligten Personen. Flächendeckende Sanierungs- und Renovierungsarbeiten, die nicht direkt auf eine benachteiligte Gruppe oder Gegend ausgerichtet wurden, schienen weniger erfolgreich zu sein (Wahlbeck et al. 2017).

Vor allem die beiden Punkte a) und b) wurden in den USA und Kanada unter den Namen ‚*The Housing first approach*‘ und ‚*US-based Moving to Opportunity*‘ weitflächig untersucht (Wahlbeck et al., 2017). Ein Review von solchen Interventionen findet zwar nur gemischte Resultate in Bezug auf ihre direkte Auswirkung auf die psychische Gesundheit (Woodhall-Melnik & Dunn 2016 zitiert in, Luchenski et al. 2017). Die Erkenntnis hinter dem *Housing first approach* ist aber, dass eine stabile Wohnsituation die Bearbeitung von gesundheitlichen und sozialen Problemen erst ermöglicht und somit zumindest indirekt einen wesentlichen Beitrag zur psychischen Gesundheit von benachteiligten Personen leistet (Wahlbeck et al. 2017).

Erleichterung des Zugangs zum Arbeitsmarkt: Policies, die den Zugang zum Arbeitsmarkt erleichtern, haben gleichzeitig einen positiven Einfluss auf den Armutssabbau wie auch auf die psychische Gesundheit (Wahlbeck et al. 2017). Gesellschaften, die aktiv Programme finanzieren zur Erleichterung des Zugangs zum Arbeitsmarkt oder zur Reintegration in den Arbeitsmarkt, zeigen geringere Suizidraten auf als Gesellschaften, die keine solchen Strukturen fördern. Trotzdem ist es von Relevanz, dass die Programme speziell auf benachteiligte Personen ausgerichtet sind, wie die Implementierung des *Youth Guarantee approach* deutlich machte. Länder, die diesen Approach verfolgten, waren darin bestrebt Strukturen zu schaffen, um junge Menschen möglichst kurz arbeitslos oder unbeschäftigt zu lassen. Je schlechter das Sozial- und Gesundheitssystem jedoch kooperierten, umso ineffizienter war dieser Approach, um auch junge Menschen aus sozioökonomisch schwächeren Verhältnissen zu erreichen (Wahlbeck et al. 2017). Auch Steuervergünstigungen für Erwerbstätige (*in-work tax credits*), welche die ökonomische Situation der Begünstigten verbessern und gleichzeitig deren Verbleib oder Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt fördern sollen, wurden auf ihre Auswirkung auf die psychische Gesundheit hin untersucht (Pega et al. 2013)⁴⁰. Die im Review von Pega et al. (2013) eingeschlossenen Studien konnten aber fast ausschliesslich keine Wirkung dieser Massnahme auf die Gesundheit ausmachen⁴¹. Allerdings wiesen alle diesbezüglichen Studien methodologische Schwächen auf, z.B. ungenügende statistische Kontrolle von Störfaktoren. Zudem stammen sie alle aus den USA, was die Generalisierbarkeit einschränkt (Pega et al. 2013).

Regulierung von Arbeitsbedingungen: Gesicherte Arbeitsverhältnisse und gesundheitsfördernde Arbeitsmodelle (z.B. in Bezug auf Schichtarbeit, vgl. Ansätze auf Projektebene, Kap. 4.2.2.1) können den Stress am Arbeitsplatz verringern und die psychische Gesundheit von Arbeitnehmenden positiv beeinflussen (Komro et al. 2013). Für benachteiligte Gruppen scheint deshalb insbesondere die Regulierung von Arbeitsbedingungen im Tieflohnbereich von Bedeutung.

Förderung der sozialen Integration: Die soziale Isolation oder soziale Verarmung tragen wesentlich zur Entwicklung psychischer Probleme bei Personen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen bei. Die Förderung von Strukturen, die die Einbindung von benachteiligten Personen begünstigen, tragen wesentlich zur Erhöhung der psychischen Gesundheit bei (Wahlbeck et al. 2017).

Erleichterter Zugang zum Gesundheitssystem und Gesundheitsinformationen: Die Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem ist ein weiterer Punkt, der im Zusammenhang mit der Erhöhung der physischen aber auch psychischen Gesundheit steht (Wahlbeck et al. 2017). Sowohl die faire Verteilung von qualitativ

⁴⁰ Solche Steuervergünstigungen existieren je nach Land zielgerichtet nur für benachteiligte Familien (z.B. in den USA) oder universell für Familien mit tiefen und mittleren Einkommen (z.B. Neuseeland und Frankreich).

⁴¹ Eine Ausnahme ist der Tabakkonsum, wo die Studien zu gemischten Ergebnissen kamen. Einige Studien, aber nicht alle, fanden einen Zusammenhang zwischen Steuergutschriften und vermindertem Tabakkonsum – und zwar ausschliesslich bei europäisch-amerikanischen Frauen.

guten Gesundheitsangeboten wie auch die Erhaltung einer entsprechenden Niederschwelligkeit zum Eintritt in solchen Angeboten sind von Nöten. Der Zugang zu Gesundheitsangeboten kann mithilfe von unterschiedlichen Massnahmen niederschwellig gehalten werden. Einerseits können Gemeinden mit einflussreichen Peers aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen arbeiten, die zum einen die Bedürfnisse ihrer Gruppe mitteilen aber auch helfen können, die Gesundheitsangebote in ihrer Community bekannt zu machen. Andererseits können Gemeinden mit Sozialarbeitenden arbeiten, die ihrerseits benachteiligte Personen aufsuchen und diese zur Inanspruchnahme von Regelangeboten motivieren. Zuletzt können die Regelangebote oder das medizinische Fachpersonal selbst einen Beitrag zu einer genügenden Niederschwelligkeit leisten, indem sie eine zielgruppenspezifische Sprache (vereinfacht, deutlich, auf Bedürfnisse eingehend, Vorurteile gegenüber dem Regelsystem abbauend) wählen (Wahlbeck et al. 2017).

Es zeigt sich auch, dass der Zugang zu Gesundheitsinformationen oder webbasierte Gesundheitsinterventionen, trotz deren Universalität, ungerecht verteilt sind. Ein mangelnder Zugang zu Gesundheitsinformationen trägt zu einer verminderten psychischen Gesundheit bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen bei (Wahlbeck et al. 2017). Auch wenn auf technischer Ebene Zugang zum Internet besteht und benachteiligte Gruppen dieses auch nutzen, so kann es auch Ungleichheiten in den Fähigkeiten geben, die webbasierten Informationen einzuordnen. Eine kürzlich erschienene qualitative Studie aus der Schweiz weist darauf hin, dass insbesondere älteren Menschen und solche mit tiefem Bildungsstand oftmals Mühe haben in der digitalen Informationsflut relevante und vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen zu finden, was zu vermehrtem Stress führen kann (Kaya 2018b) (vgl. Tabakprävention Kap. 4.3.2.2 Migrationshintergrund). Hilfestellungen zum Zugang zu Webangeboten und zum Finden von relevanten Gesundheitsinformationen wären also vonnöten. Es gibt aber bisher wenige Interventionsstudien, die sich diesem Thema widmen. Ein erfolgreiches Beispiel ist jedoch eine Gemeinde-basierte Intervention, die den Zugang zu einem webbasierten Programm zur Steigerung der elterlichen Selbstwirksamkeit innerhalb einer latinoamerikanischen Community in den USA steigerte und positive Effekte auf deren psychischen Gesundheit feststellen konnte (Ginossar & Nelson 2010).

Gewährleistung des Zugangs zu Erholungsräumen: Aus Beobachtungsdaten scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Zugang zu Erholungsräumen (Parks, Bäume und Wasserstellen) und der psychischen Gesundheit zu geben (Wahlbeck et al. 2017, Elliott 2016). In der letzten europäischen Erhebung zur Lebensqualität (Mitchell et al. 2015) näherten sich die Werte zur psychischen Gesundheit von Bevölkerungsgruppen aus sozioökonomisch schwächeren Verhältnissen an solchen aus stärkeren Verhältnissen an, je besser ihr Zugang zu Erholungsräumen war. Wenngleich nicht automatisch garantiert ist, dass mit dem Ausbau von Erholungsräumen die körperliche Aktivität von benachteiligten Bevölkerungsgruppen einhergeht (vgl. Kap. 4.1.1), so scheint dieser aus Sicht der psychischen Gesundheit umso relevanter zu sein.

Kampagnen zur Reduktion der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen: Die Reduktion der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen wird im aktuellsten Bericht der Mental Health Foundation (Elliott 2016) als eine der wichtigsten Massnahmen angesehen, um psychische Gesundheit zu fördern. Personen, die im Laufe ihres Lebens mit unterschiedlichen Benachteiligungen konfrontiert sind und/oder an einer psychischen Störung leiden, weisen ein geringeres Selbstvertrauen auf, was sich wiederum negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirkt; sie erfahren jedoch auch häufiger Diskriminierung durch andere Personen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Schule, Arbeit, Gesundheitssystem) (Elliott 2016).

Kampagnen, die auf die Reduktion von Diskriminierung solcher Personen ausgerichtet sind, sollten deshalb gefördert werden (vgl. See Me Kampagne⁴² zum Abbau der Stigmatisierung psychischer Störungen). Unterschiedliche Strategien, die üblicherweise zu diesem Zweck angewendet werden, sind a) die Kontaktherstellung zwischen Betroffenen und Nicht-betroffenen, b) die Verbreitung von audio-visuellem Material mit persönlichen Geschichten von Betroffenen, c) die Wissensverbreitung zur Entstehung und den Folgen von psychischen Störungen, d) die Schulung von medizinischem Fachpersonal zur Kontaktaufnahme mit Betroffenen und e) Advocacy, d.h. öffentliche Kampagnen, die den Stigmatisierungsstopp fordern (Guruge et al. 2017).

Laut dem aktuellsten Review (Guruge et al. 2017), welches die Wirkung von Kampagnen zur Reduktion von Stigmatisierung in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (Schüler/innen, Journalisten, Hausärzte oder anderes medizinisches Fachpersonal, Arbeitgeber) untersucht hat, scheint die Kombination zwischen der Kontaktherstellung und der Wissensvermittlung am effektivsten zu sein. Reine Wissensvermittlung bzw. die Steigerung der mental health literacy in der Bevölkerung zeigten zuweilen keine oder sogar negative Effekte und können sogar zum Teil zu einer Steigerung der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Problemen führen.

4.2.1.2 Spezifische Ansätze in Abhängigkeit der Lebensphase:

Zugang zu qualitativ guter Kinderbetreuung:

Ein universeller Zugang zu qualitativ guten Betreuungsangeboten für Kleinkinder gilt als wichtige Grundlage für eine positive kindliche Entwicklung und bietet das Potential, sozioökonomische Ungleichheiten zu verringern, da Kinder aus benachteiligten Verhältnissen tendenziell stärker von diesen Angeboten profitieren als solche aus bessergestellten Familien (Morrison et al. 2014). Ein Beispiel von Massnahmen zur Bereitstellung von qualitativ guten Betreuungsangeboten sind die

⁴² <https://www.seemescotland.org/>

Frühförderungsprogramme Sure Start und Head Start⁴³ (vgl. auch Kap. 4.1.2.1, Bewegung und Ernährung) im Vereinigten Königreich bzw. den USA, welche sich an benachteiligte Kinder und ihre Familien richten (Welsh et al. 2015). Sure Start beispielsweise bietet unter anderem Kinderbetreuungseinrichtungen, Hausbesuche, Öffentlichkeitsarbeit und Unterstützung der Eltern an (Morrison et al. 2014). Diese beiden Programme konnten nachweislich eine positive Wirkung auf das psychische Wohlergehen der teilnehmenden Kinder erzielen (Welsh et al. 2015). Auch der Effekt dieser Programme entlang von Benachteiligungsdimensionen wurde evaluiert, allerdings mit gemischten Ergebnissen. Für das Programm Sure Start fand eine Evaluation beispielsweise einen negativen Effekt für die am meisten benachteiligten Kinder (z.B. jene von alleinerziehenden, arbeitslosen Eltern) (Belsky et al. 2006), während eine andere Evaluation befand, dass sich die Intervention in allen Subgruppen gleichsam bewährte (Melhuish et al. 2008). Nebst direkten Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen von Kleinkindern, hat sich der Zugang zu qualitativ guter Kleinkinderbetreuung auch als wichtig für die Entwicklung der Kinder allgemein, ihren späteren schulischen Erfolg und den sozioökonomischen Status im Erwachsenenleben erwiesen (Komro et al. 2013).

Gemeindeweite Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention von Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen: Das Programm *Communities that Care*, welches in mehreren Ländern⁴⁴ umgesetzt wurde, wird als erfolgreiches Beispiel dafür genannt, wie auf Gemeindeebene die Gesundheit von benachteiligten Jugendlichen gefördert und Verhaltensproblemen entgegengewirkt werden kann (Welsh et al. 2015). Das Programm wird als ein Planungssystem beschrieben, welches die Vernetzung unter den relevanten Akteuren auf Gemeindeebene fördert und sie bei der Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsplänen unterstützt (Welsh et al. 2015). Das Programm konnte nachweislich das Risiko für kriminelles Verhalten (Hawkins et al. 2008), Gewalt und antisoziales Verhalten und Substanzkonsum (u.a. Tabak) bei Jugendlichen verringern (Oesterle et al. 2018). Zudem konnte eine Stärkung von protektiven Faktoren für eine gesunde Entwicklung gemessen werden (Kim et al. 2015). Die im Vergleich zur Kontrollgruppe gestärkten protektiven Faktoren waren a) mehr Gelegenheiten für eine positive soziale Beteiligung (*prosocial involvement*) auf Gemeindeebene, b) eine stärkere Anerkennung von positiver sozialer Beteiligung in der Schule, c) mehr Interaktionen mit prosozialen Peers, und d) eine Stärkung von sozialen Fähigkeiten (Kim et al. 2015). Diese Faktoren wurden jeweils mit einem Index aus verschiedenen Fragen gemessen. Fragen zur Messung der obengenannten Faktoren sind unter anderem, ob es a) viele Erwachsene in der Nachbarschaft gibt, mit denen wichtige Dinge besprochen werden können, b) ob Lehrer positive Leistungen anerkennen, c) wie viele der besten Freunde in Clubs, Organisationen und Schulaktivitäten teilnehmen und d) wie reagiert wird, wenn ein Freund in einem Geschäft etwas stiehlt (Kim et al. 2015).

⁴³ Head Start Programm: <https://www.acf.hhs.gov/ohs/about/head-start>

Sure Start Programm: <https://www.gov.uk/find-sure-start-childrens-centre>

⁴⁴ *Communities that Care* Programme wurden in den USA, UK, den Niederlanden und in Australien implementiert.

4.2.1.3 Spezifische Ansätze nach horizontalen Benachteiligungsdimensionen:

Gender:

In Bezug auf strukturelle Interventionen zur Förderung des Einkommens von sozio-ökonomisch benachteiligten Familien weisen Panter-Brick et al. (2014) darauf hin, dass diese beispielsweise in den USA oder im Vereinigten Königreich zum Teil einen impliziten Genderbias aufweisen. Dieser Genderbias äussert sich zum Beispiel in der Form von Unterstützungsleistungen, welche nur an Mütter ausbezahlt werden, was traditionelle Genderrollen und die Verantwortlichkeit von Müttern für den Haushalt und die Kinder zusätzlich zementiert (Panter-Brick et al. 2014). Solche beschränkten Rollenmodelle schränken die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten ein, was sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken kann. Ein Instrument, um solchen Genderstereotypisierungen vorzubeugen, stellt das Gender Mainstreaming dar. Dieses wird vor allem in Bezug auf Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention schon seit längerer Zeit angewandt (vgl. z.B. BZgA 2009), wozu es konkrete Tools und Checklisten⁴⁵ gibt. Hinweise, inwiefern diese auch bei strukturellen Massnahmen zur Anwendung kommen und mit welchem Erfolg sie verbunden sind, tauchten in den Reviews aus der systematischen Literaturrecherche hingegen nicht auf.

Im Zusammenhang mit Kampagnen zur Entstigmatisierung von psychischen Störungen hat der schon etwas ältere Fokusbericht Gender (BAG 2008a) insbesondere Handlungsbedarf für Männer festgestellt. Anders als Frauen, nehmen Männer in der Schweiz häufig erst Hilfe in Anspruch, wenn psychische Erkrankungen schon weit fortgeschritten sind und beispielsweise eine Hospitalisierung nötig wird. Um dem entgegenzuwirken, empfiehlt der Bericht sowohl breit angelegte Kampagnen, welche helfen sollen, die Inanspruchnahme von Hilfe zu entstigmatisieren, als auch eine Sensibilisierung von Fachpersonen. Diese sollen über das genderspezifische Verhalten des Hilfe Beanspruchens informiert werden. Sie sollen aber auch dazu angeleitet werden, eigene implizite geschlechterstereotype Vorstellungen zu hinterfragen, welche womöglich dazu führen, dass auch Fachpersonen selber anders oder später auf psychische Probleme bei Männern eingehen (BAG 2008a). Hinweise, inwiefern diese Empfehlungen in der Praxis umgesetzt wurden und zu welchem Erfolg sie führten, konnten nicht gefunden werden. Aus anderen Ländern gibt es aber Beispiele von Kampagnen, welche auf die psychische Gesundheit von Männern fokussierten. In Australien beispielsweise wurde der dreiteilige Dokumentarfilm *Man Up* zum Thema Männlichkeit und Suizid ausgestrahlt und von einer Social Media Kampagne begleitet (Schlichthorst et al. 2018). Die Kampagne erreichte eine grosse Reichweite (Schlichthorst et al. 2018) und auch der Dokumentarfilm erwies sich als wirksam. In einer randomisiert kontrollierten Studie konnte dank dem Film

⁴⁵ Zum Beispiel die Checkliste von Quint-Essenz: <https://www.quint-essenz.ch/de/tools/1054>

die Absicht, Hilfe in Anspruch zu nehmen, unter den Teilnehmern erhöht werden (King et al. 2018).

Migrationshintergrund:

In Bezug auf den Migrationshintergrund zur Förderung der psychischen Gesundheit auf struktureller Ebene ist unter anderem ein erleichterter Zugang zu Gesundheitsinformationen von Bedeutung (vgl. Kap. 4.2.1.1, generelle Ansätze). Besonders für ältere Migrantinnen und Migranten und solche mit tiefem Bildungsstand wird der Zugang über eine einfache Sprache ohne Fachjargon und das Bereitstellen von Informationen in der Herkunftssprache erleichtert (Kaya 2018b). Auch sind es gerade diese Gruppen, welche Hilfestellungen zum Finden von vertrauenswürdigen, webbasierten Gesundheitsinformationen benötigen, da sie sich oftmals angesichts der Informationsflut im Internet überfordert fühlen (vgl. Tabakprävention Kap. 4.3.2.2, Migrationshintergrund) (Kaya 2018b).

Personen aus Minoritätsgruppen oder aus gewissen Gruppen der Migrationsbevölkerung nehmen tendenziell weniger häufig Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit in Anspruch (Yasui et al. 2017). Psychische Störungen können für Personen mit Migrationshintergrund ein Tabu darstellen (Guruge et al. 2017) und die Inanspruchnahme von psychologischen Gesundheitsangeboten kann für sie mit Stigma verbunden sein (Yasui et al. 2017). Gemäss Yasui et al. (2017) stellen professionelle Angebote aufgrund von „kulturellen Vorstellungen“ zu Krankheit und psychischen Störungen für gewisse Minoritätsgruppen unter Umständen auch gar kein plausibles Angebot zur Heilung dar. Die AutorInnen schlagen als mögliche Lösungsansätze vor, Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit in die Lebenswelt und den Alltag von Minoritätsfamilien einzubetten. Eine Strategie dafür sind partizipative Ansätze, welche die Migrations- oder Minoritätscommunities in die Planung von Interventionen miteinbeziehen. Wissenschaftliche Studien zu bereits durchgeführten Interventionen mit Minoritätsgruppen oder MigrantInnen zur besseren Inanspruchnahme von Angeboten der psychischen Gesundheit konnten über die vorliegende systematische Literaturrecherche aber nicht gefunden werden, was auf eine Forschungslücke hindeutet. In der Schweiz werden in der Praxis entsprechende Projekte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz oder zum besseren Umgang mit psychosozialen Belastungen (insbesondere für geflüchtete Menschen) durch NGOs und andere Akteure der Public Health entwickelt und angeboten (vgl. z.B. www.srk.ch oder www.gesundheitsförderung.ch).

Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität:

Aufgrund der Literaturrecherche und den Expertenmeinungen, konnten folgende Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT auf struktureller Ebene identifiziert werden: 1) eine Sensibilisierung von Akteuren der Gesund-

heitsförderung und der Regelversorgung für das erhöhte Risiko von LGBT im Bereich der psychischen Gesundheit und die Anerkennung dieser Problematik seitens wichtiger Stakeholder; 2) ein Abbau von Barrieren in der Regelversorgung bzw. eine Steigerung von kulturell kompetenten („gay-friendly“) Angeboten; 3) eine Pflicht zum Monitoring der Dimensionen der sexuellen Orientierung und Genderidentität in Gesundheitserhebungen auf Gesetzes- oder Policy-Ebene; 4) die Etablierung von zielgruppenspezifischen Ansätzen im Bereich der psychischen Gesundheit; 5) Massnahmen, welcher der Stigmatisierung von LGBT entgegenwirken, wie Antidiskriminierungsgesetze und –policies, sowie Sensibilisierungskampagnen. Im Folgenden werden diese Massnahmen vorgestellt, wobei die Punkte 1) (Sensibilisierung) und 2) (Barrieren in der Regelversorgung) zusammengefasst werden. Ausserdem wird Punkt 4), die Etablierung von zielgruppenspezifischen Ansätzen, im Kapitel zu Ansätzen auf Projektebene (vgl. Kap. 4.2.2) weiter ausgeführt. Auf struktureller Ebene ist dabei jedoch beispielsweise der Förderung von Finanzierungsmöglichkeiten für solche zielgruppenspezifischen Angebote Rechnung zu tragen.

Erleichterter Zugang zur Regelversorgung und Sensibilisierung der Gesundheitsakteure: Stigmatisierung und Diskriminierung von LGBT kann auch im Rahmen der Regelversorgung geschehen. Diese Erfahrungen führen zu Stress, was zur gesundheitlichen Chancengleichheit und zu einer schlechteren psychischen (und physischen) Gesundheit führt (Zeeman et al. 2018). Zudem bewirken Vorurteile und eine fehlende Sensibilisierung von Gesundheitsfachleuten, dass LGBT ihre sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität nicht preisgeben und so spezifische Gesundheitsrisiken während einem Arztbesuch nicht thematisiert werden (Zeeman et al. 2018, PREOS 2011). Dabei ist laut Studien eine Mehrheit der LGBT PatientInnen bereit, über ihre sexuelle Orientierung im Rahmen eines Arztbesuchs zu sprechen. Ein Problem ist aber, dass Fragen nach der sexuellen Orientierung seitens der Ärzteschaft oft tabuisiert werden und den PatientInnen mit einem impliziten Heterozentrismus begegnet wird (PREOS 2011). Beispielsweise unterschätzen viele Ärztinnen und Ärzte den Anteil an LGBT unter ihren PatientInnen (PREOS 2011). Um diese Barrieren abzubauen, wären Anamnese-Tools zur Sexualität und sexuellen Orientierung gefragt. Zudem sollte eine Sensibilisierung der Akteure der Regelversorgung für die Anliegen von LGBT stattfinden. Dies kann über deren Ausbildung oder über berufliche Netzwerke geschehen (PREOS 2011). Der Zugang kann auch mit zielgruppenspezifischen Angeboten erleichtert werden. Beispiele von spezifischen, „gay-friendly“ Gesundheitsangeboten gibt es auch in der Schweiz. In Genf, Zürich und Lausanne bieten Checkpoints mit „gay-friendly“ Ärztinnen und Gesundheitsfachleuten neben Angeboten zu HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten auch solche zur psychischen Gesundheit und zu Suchtproblemen an (PREOS 2011).

Um den Zugang von Transmenschen zur Regelversorgung erleichtern, sollten zudem sprachliche Anpassungen der Angebote oder Anamnesetools vorgenommen werden (PREOS 2011). Einfache, auf die Vermittlung von medizinischen Aspekten

zu transgenderspezifischen Therapien oder zu Barrieren, welche transidente Personen an der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen hindern, konnten Akteure der Regelversorgung erfolgreich sensibilisieren (White Hughto et al. 2015). Weiter weisen White Hughto et al. (2015) darauf hin, dass auch Interventionen, die den Kontakt zwischen Grundversorgern und transidenten Personen herstellen, vielversprechend für die Bekämpfung der Stigmatisierung wären. Beispielsweise haben Schulungen mit Studierenden einen grösseren Sensibilisierungseffekt erzielen können, wenn diese von transgender Referenten durchgeführt wurden (White Hughto et al. 2015). Kontaktinterventionen können aber zeit- und ressourcenaufwändig sein und haben oft nur einen kurzfristigen Effekt (White Hughto et al. 2015).

Als weitere strukturelle Massnahme, welche die psychische Gesundheit von Transmenschen verbessern kann, wird der Zugang zu medizinischen Leistungen im Zusammenhang mit der Geschlechtsanpassung genannt (z.B. Zugang zu operativen Eingriffen, Hormontherapie, Verhaltenstechniken⁴⁶). Dieser Zugang kann erleichtert werden, indem solche therapeutischen Angebote von Krankenkassen anerkannt werden (White Hughto et al. 2015). Eine weitere wichtige Massnahme zur Förderung der psychischen Gesundheit bei transidenten Menschen ist die Anpassung der medizinischen Regelversorgung und Jurisdiktion vor allem zum Zeitpunkt der Pubertät (PREOS 2011). Darunter wird vor allem verstanden, die Gewährleistung der Pubertätsverzögerung und/oder körperlichen Behandlungen ohne Altersgrenzen (juristisch, finanziell) zu garantieren (PREOS 2011). Zudem ist die amtliche Geschlechtsanpassung wichtig, welche auch ohne körperliche Eingriffe ermöglicht werden soll (PREOS 2011). Eine Wirkungsanalyse in Bezug auf die psychische Gesundheit von Massnahmen, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen der Geschlechtsanpassung (mit *und* ohne operative Eingriffe) erleichtern und die dazugehörige juristische Anerkennung der Geschlechtsanpassung mit und ohne operative Eingriffe, liegt allerdings bisher nicht vor.

Monitoring der Dimensionen der sexuellen Orientierung und Genderidentität in Gesundheitserhebungen: Die routinemässige Erfassung der sexuellen Orientierung und Genderidentität als demographische Variablen bei nationalen Gesundheitsbefragungen sind eine Grundvoraussetzung dafür, dass gesundheitliche Chancenungleichheiten überhaupt sichtbar werden und über Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gezielt angegangen werden können. Anders als in anderen Ländern werden in der Schweiz Informationen zu diesen Benachteiligungsmerkmalen, z.B. im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung durch das Bundesamt für Statistik, nicht routinemässig erhoben (PREOS 2011).

Massnahmen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von LGBT: Die Stigmatisierung von unterschiedlicher sexueller Orientierung und/oder Genderidenti-

⁴⁶ Vgl. z.B. den Überblick zu *gender affirming treatments and procedures* des Centers of Excellence for Transgender Health, University of California, San Francisco: <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-overview>.

tät wirkt sich negativ auf die gesundheitliche Chancengleichheit von LGBT Menschen aus (Hatzenbuehler 2016). Stigmatisierung entsteht auf mehreren Ebenen und Interventionen auf individueller Ebene (vgl. Kap. 4.2.2), wie auch auf struktureller Ebene und kombinierte, gemeindeweite Ansätze sind deshalb gefragt (White Hughto et al. 2015). Ansätze auf struktureller Ebene beinhalten Antidiskriminierungsgesetze, Antidiskriminierungsleitlinien (White Hughto et al. 2015) und Sensibilisierungskampagnen an Schulen (PREOS 2011). Evaluationen von Antidiskriminierungspolicies in US Bundesstaaten weisen darauf hin, dass diese wirksam sind und mit einer verbesserten psychischen Gesundheit von Personen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung in Zusammenhang gebracht werden können (White Hughto et al. 2015). Beispielsweise konnten Antidiskriminierungsgesetze mit einer Verringerung von Gemütsstörungen unter LGB Personen assoziiert werden (Hatzenbuehler et al. 2009). Anti-bullying Leitlinien an Schulen in Oregon, welche die sexuelle Orientierung miteinschlossen, gingen mit einem Rückgang von Suizidversuchen unter lesbischen und schwulen Jugendlichen einher (Hatzenbuehler & Keyes 2013). Der Effekt auf transidente Personen ist hingegen laut White Hughto et al. (2015) noch nicht untersucht. Auch muss hier angemerkt werden, dass ein guter Diskriminierungsschutz zwar wirksam ist, dass dies aber die ungleichen Risiken im Bereich der psychischen Gesundheit nicht ganz ausgleichen kann. Das heisst, diese Massnahmen sind wichtig, reichen aber zur Herstellung von Chancengleichheit noch nicht aus.

Generell ist anzumerken, dass zur Bekämpfung der Stigmatisierung von LGBT Menschen Kampagnen zur Sensibilisierung von Akteuren in der Regelversorgung wie auch Kampagnen an Schulen vorwiegend auf das Thema sexuelle Diversität und nicht beispielsweise nur auf das Thema HIV fokussieren sollten (PREOS 2011). Safer Sex Kampagnen haben in der Vergangenheit gezeigt, dass sie potentiell kontraproduktiv sind und zu einer zusätzlichen Stigmatisierung führen können. Die Aufklärung zum Thema Gender sollte über persönliche Geschichten vorgenommen werden (PREOS 2011). Ein Beispiel einer Kampagne mit persönlichen Geschichten ist die *I AM: Trans People Speak Kampagne*⁴⁷, welche von einer Transgenderorganisation in Massachusetts entwickelt wurde (White Hughto et al. 2015). Diese besteht aus Videos von transidenten Menschen und Angehörigen, die ihre persönlichen Geschichten erzählen. Solche Kampagnen können nicht nur zur Sensibilisierung der breiteren Bevölkerung beitragen, sondern können im Sinne eines Mehrebenen-Ansatzes auch dazu genutzt werden, den Umgang mit Stigma auf der individuellen Ebene zu erleichtern und die Selbstbestätigung unter den Teilnehmenden zu stärken (White Hughto et al. 2015), d.h. sie können zum Empowerment beitragen.

⁴⁷ <http://www.transpeoplespeak.org>

4.2.2 Effektive Ansätze auf Projekt-Ebene

4.2.2.1 Generelle Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status:

Lebensphase Schwangerschaft/ frühe Kindheit (-9 Mo - 3 Jahre):

Es besteht Einigkeit darüber, dass eine faire Förderung psychischer Gesundheit möglichst früh ansetzen muss und Kinder bzw. junge Erwachsene die Hauptzielgruppe sein müssen, um sowohl psychische Probleme im Erwachsenenalter wie auch Übertragungen von psychischen Problemen auf künftige Generationen vorzubeugen (Morrison et al. 2014, Wahlbeck et al. 2017, Allen et al. 2014, Johnson 2017, WHO 2014).

Die WHO (2014) hatte bereits in ihrer umfassenden Arbeit zu den sozialen Determinanten von psychischer Gesundheit die Forderung gestellt, dass Massnahmen zur Reduktion von depressiven Störungen bei werdenden Müttern gefördert werden sollten, um Übertragungseffekte auf deren Kindern vorzubeugen. Unklar bleibt jedoch, wie sehr die Förderung der individuellen psychischen Gesundheit die negativen Effekte von ökonomischer, sozialer und politischer Benachteiligung aufheben kann und ob nicht die strukturelle Förderung zu bevorzugen sei (Johnson 2017). Insbesondere Eltern von jüngeren Kindern, aber auch Eltern aus sozioökonomisch schwächeren Verhältnissen und/oder Eltern aus ethnischen Minderheiten sind mit vielen Sorgen belastet, die im Zusammenhang mit ihren Erziehungsaufgaben stehen. Dies schränkt in vielen Fällen ihre erzieherischen Kompetenzen ein und führt zu einer emotionalen oder körperlichen Vernachlässigung der Kinder, die kurz- und langfristige Effekte auf deren psychische Gesundheit hat (Allen et al. 2014, Wahlbeck et al. 2017). Nichtsdestotrotz scheint ein möglichst früher Zeitpunkt zur Förderung der Erziehungskompetenz auch bei benachteiligten Eltern erfolgsversprechend. Ein Review von 23 Interventionen aus Europa zur Förderung der Erziehungskompetenz, kam nämlich zum Schluss, dass diese am Wirksamsten bei benachteiligten Gruppen sind, wenn sie besonders früh, nämlich schon zu Beginn einer Schwangerschaft ansetzten (Morrison et al. 2014).

Laut dem neuesten Review, welches die Resultate von bestehenden Reviews zum Thema zusammenfasst (Wahlbeck et al. 2017), gibt es genügend Evidenz dafür, dass Unterstützungsprogramme in Erziehungsaufgaben eine positive Wirkung auf die elterlichen Erziehungskompetenzen und damit verbunden, auf das kindliche Verhalten und das familiäre Klima haben, die zur Förderung von psychischer Gesundheit bei benachteiligten Kindern beisteuern. Wahlbeck et al. (2017) beziehen sich unter anderem auf die Ergebnisse des neuesten Cochrane Reviews (Barlow et al. 2016), welche gruppenbasierte Elternprogramme für bis und mit Dreijährige, wie zum Beispiel das *Triple P- Positive Parenting Program* (vgl. z.B. Sanders et al. 2014) oder das *Incredible Years Toddler Parenting Program* (Gross et al. 2003), untersucht haben. Die grosse Mehrheit dieser gruppenbasierten Elternprogramme beinhalteten das Anschauen von beispielhaften Situationsvignetten aus dem Erziehungsalltag auf Video oder aus Handouts (z.B. zu den Themen wie Wichtigkeit von

Routinen, Wirkung von Bestrafungs- und Belohnungsstrategien, Spielsituationen und Beziehungsaufbau etc.) (Barlow et al. 2016).

In Bezug auf die Wirkung von solchen Unterstützungsprogrammen auf die Benachteiligung besteht jedoch noch Forschungsbedarf. Immerhin wurden vier der 22 im Review von Barlow et al. (2016) eingeschlossenen Unterstützungsprogramme an benachteiligten Bevölkerungsgruppen getestet. Ein Review, welches sich spezifisch der Wirkung von Interventionen zur Förderung der Erziehungskompetenz auf benachteiligte Kinder widmet, fand 21 solcher zielgruppenspezifischer Interventionen in Europa (Morrison et al. 2014). Morrison et al. beschreiben auch zwei universelle Interventionen (u.a. Triple-P), weisen aber darauf hin, dass diese gar nicht auf ihre Wirkung entlang von Benachteiligungsdimensionen untersucht sind (Morrison et al. 2014). Unseres Wissens liegt bisher keine solche Untersuchung von universellen Elternprogrammen in der frühen Kindheit auf die Benachteiligung (ausser im Hinblick auf Gender) vor (Welsh et al. 2015). Andere Reviews (Reyno & McGrath 2006, Stewart-Brown & Schrader-McMillan 2011) wiesen in der Vergangenheit darauf hin, dass die positiven Effekte von Unterstützungsprogrammen bei Eltern aus sozioökonomisch schwächeren Verhältnissen geringer ausfallen können, wenn sie nicht an die Zielgruppe und ihre persönliche oder finanzielle Lage angepasst werden. Deshalb ist es auch hier wichtig, solche Unterstützungsprogramme gleichzeitig an Massnahmen zur Reduktion von logistischen und psychischen Barrieren zu koppeln (Wahlbeck et al. 2017). Einige Faktoren, die die Entfaltung der positiven Wirkung solcher Programme auch für benachteiligte Gruppen förderten, waren a) Rekrutierung und Durchführung in der Gemeinde anstatt in der medizinischen Regelversorgung, b) Anbieten des Programms im Vorfeld zum Eintritt ins Schulsystem und c) zeitliche Anpassung des Programmcurriculums (z.B. Behandlung eines Themas/ Situation, bis es beherrscht wird) (Reyno & McGrath 2006).

Ein Beispiel einer Intervention, welche den Punkt a) aufnimmt, ist das *Let's Start* Programm in Australien, welches Eltern und Kinder von indigenen Gemeinden während der Phase des Schulstarts unterstützte (Welsh et al. 2015). Diese Intervention wurde partizipativ mit Schulen, Gesundheitsdiensten und Gemeindeorganisationen vor Ort adaptiert und durchgeführt. Verhaltensauffällige Kinder wurden von Lehrpersonen, anderen Fachleuten und Eltern an das Programm verwiesen und nahmen an einer 10-wöchigen Gruppenintervention teil (Robinson et al. 2009). Das Programm führte zu positiven Verhaltensänderungen unter den betroffenen Kindern und zu reduziertem Stress unter den Eltern. Allerdings berichtet die Programmevaluation aber auch von relativ hohen Abbruchraten (Robinson et al. 2009), was darauf hindeutet, dass das Programm noch besser auf die Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe zugeschnitten werden könnte.

Nebst den gruppenbasierten Unterstützungsprogrammen stellen Hausbesuche eine weitere, kosten-effektive Massnahme dar, um die Eltern-Kind-Beziehung zu

stärken und hiermit eine Reduktion von psychischen Problemen⁴⁸ beim Kind zu erreichen (Wahlbeck et al. 2017, vgl. auch Komro et al. 2013). Ein Review von 23 Interventionen identifizierte Hausbesuche sogar als einer der Erfolgsfaktoren bei benachteiligten Gruppen (Morrison et al. 2014). Die erfolgreichsten Interventionen beschränkten sich gemäss Morrison et al. (2014) nicht nur auf Hausbesuche alleine, sondern boten sie in Kombination mit einer Reihe von Workshops und Angeboten sowohl für Eltern als auch für Kinder an. Laut Wahlbeck et al. (2017) zeigen sich positive Wirkungen von Hausbesuchen zur Erhöhung der Chancengerechtigkeit zudem sowohl in Gesellschaften, die Hausbesuche universell für alle Familien anbieten wie auch in Gesellschaften, die Hausbesuche spezifisch für Familien aus sozioökonomisch schwächeren Verhältnissen oder sozial isolierten Familien fördern (Wahlbeck et al. 2017). In Bezug auf die besuchende Person besteht Uneinigkeit, inwiefern die Wirkung am grössten ist, wenn diese eine qualifizierte Fachperson ist (Morrison et al. 2014) oder ob auch ein Laie diese Aufgabe erfolgreich übernehmen kann (Wahlbeck et al. 2017). Im Falle von Laien wird aber auch betont, dass solche ein spezifisches Training/Ausbildung erhalten sollen (Wahlbeck et al. 2017). In diesen Besuchen werden ähnliche Erziehungssituationen aufgegriffen wie in den gruppenbasierten Unterstützungsprogrammen, ohne dass ein vorgegebenes Curriculum verfolgt wird, was eine individuelle Beratung erleichtert (Wahlbeck et al. 2017). Ein Beispiel einer erfolgreichen auf Hausbesuchen beruhenden Intervention ist das *Nurse Family Partnership* Programm in den USA (vgl. Sharma et al. 2017). Dieses bietet Hausbesuche für sozioökonomisch benachteiligte Mütter an und konnte erfolgreich die Gesundheit derselben und ihrer Kinder fördern und auch Kindsmisbrauch und Vernachlässigung vorbeugen (Sharma et al. 2017). Das Programm wurde in Kanada getestet, allerdings mit gemischten Resultaten. Was zeigt, dass auch erfolgreiche Interventionen immer an den jeweiligen nationalen und soziokulturellen Kontext und die spezifische Zielgruppe angepasst und evaluiert werden müssen (Sharma et al. 2017).

Lebensphase Kindheit (4 -12 Jahre):

Während das Setting ‚Familie‘ ein erster, gesicherter Interventionsraum darstellt, um Chancengerechtigkeit in psychischer Gesundheit kosteneffektiv zu fördern, folgt gleich darauf das Setting ‚Schule‘. Schulen, die eine Gesundheitsförderungsintervention implementieren, sind erfolgreicher in der Bekämpfung von Benachteiligung als solche, die dies nicht tun (Wahlbeck et al. 2017). Im Folgenden werden Ansätze im schulischen Setting, sowie deren Erfolgskriterien eingehend beschrieben. Danach werden Ansätze in weiteren Settings kurz vorgestellt (d.h. Familie/Pflegfamilie, technologiebasierte Ansätze, Förderung der körperlichen Aktivität). Zu letzteren ist die Evidenzbasis im Vergleich zu schulischen Interventionen jedoch nur sehr bescheiden.

⁴⁸ Wahlbeck et al. (2017) fassen aus unterschiedlichen Studien folgende positive Effekte zusammen: Reduktion der kindlichen Vernachlässigung um 50%, Reduktion von psychischen Problemen bis zum 6. Lebensalter um 67% und Reduktion von kriminellen Tätigkeiten bis zum 15. Lebensalter von um 60%.

Ansätze im schulischen Setting: Zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen werden viele verschiedene Ansätze angewendet⁴⁹. Dies sind unter anderem Ansätze zur Stärkung der Resilienz, der sozio-emotionalen Kompetenzen (bzw. des sozialen und emotionalen Lernens, SEL), der Lebenskompetenzen, der Charakterbildung, der emotionalen Intelligenz und der *Emotional Literacy*⁵⁰ (Wahlbeck et al. 2017). Mehrere Reviews und Meta-analysen zeigen auf, dass Ansätze zu sozio-emotionalen Kompetenzen erfolgreich ebendiese Kompetenzen wie auch das psychische Wohlbefinden von Kindern fördern (Durlak et al. 2011, Sklad et al. 2012, Taylor et al., 2017). Ansätze zu sozio-emotionalen Kompetenzen fokussieren auf kognitive, affektive und Verhaltenskompetenzen gleichzeitig. Die geförderten Kompetenzen beinhalten unter anderem die Förderung des Selbstvertrauens, des Selbstmanagements, des sozialen Bewusstseins, der Beziehungsfähigkeiten und der Fähigkeit Entscheide zu treffen (Durlak et al. 2011). In der Art und Weise, wie die Interventionen diese Kompetenzen genau vermitteln, gibt es grosse Unterschiede, welche in den Reviews jedoch nicht detailliert vorgestellt werden (Sklad et al. 2012). Im Review von Taylor et al. (2017) fanden die meisten dieser Interventionen im Klassenzimmer als Serie von strukturierten Gruppenlektionen statt. Durlak et al. (2011) konnten in ihrem Review auch feststellen, dass Interventionen, welche die SAFE Prinzipien (sequenced, active, focused, explicit) anwandten, erfolgreicher waren als solche, die dies nicht taten. Diese Prinzipien beinhalten ein sequenziertes, d.h. Schritt für Schritt vorgehendes, aktives Lernen mit genügend Zeit zur Entwicklung von Fähigkeiten und explizite Lernziele. Auch Interventionen an Schulen, welche mit verschiedenen Ansätzen, die psychische Resilienz förderten, konnten erfolgreich Angstsymptome und psychischen Stress bei Kindern reduzieren (Dray et al. 2017). Diese Ansätze werden eingehender im Abschnitt zur Lebensphase Jugend und junge Erwachsene erläutert (s.u.).

Ein Beispiel für eine schulbasierte Intervention, welche unter anderem sozio-emotionale Kompetenzen stärkt, ist das FRIENDS Programm (Welsh et al. 2015). Dieses ist als gruppenbasiertes Lernprogramm aufgebaut und liegt in vier verschiedenen altersgerechten Versionen vor – für Kinder ab vier Jahren bis ins Jugend- und Erwachsenenalter. Das Programm wurde in Australien entwickelt (u.a. auf der Basis des US *Coping Cat* Programmes) und in über 10 weiteren Ländern umgesetzt (Welsh et al. 2015). Die Hauptkomponenten des FRIENDS Programmes sind unter anderem Ansätze zur Entspannung, die kognitive Rekonstruktion von dysfunktionalen Gedanken, Aufmerksamkeitstraining, eine abgestufte Konfrontation mit Situationen, welche Ängste auslösen, und die Stärkung von Problemlösungskompetenzen. Diese werden mit Ansätzen zur Förderung der sozialen Unterstützung durch Peers und das Elternhaus ergänzt (Welsh et al. 2015). Wirksamkeitsnachweise des FRIENDS Programms liegen für die Lebensphase Kindheit vor. Durch das Programm konnten depressive Symptome und Angstsymptome von 10 bis 13jährigen Kindern reduziert werden, vor allem wenn die Intervention durch die Klassenlehrkraft durchgeführt wurde (Welsh et al. 2015). Auch jüngere Kinder (4-7)

⁴⁹ Für eine detailliertere Beschreibung von Ansätzen zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen vgl. Weare (2011).

⁵⁰ Die englischen Fachbegriffe dafür sind *resilience, life-skills, character education, emotional intelligence, emotional literacy, social and emotional learning (SEL)* (Wahlbeck et al. 2017).

zeigten positive Verhaltensänderungen z.B. in Bezug auf soziale und emotionale Kompetenzen. In dieser Altersstufe wird das Programm vor allem über spielerische Gruppenaktivitäten vermittelt (Welsh et al. 2015).

Chancengerechtigkeit von Ansätzen im schulischen Setting: Grundsätzlich ist die Chancengerechtigkeit von Interventionen im schulischen Setting zur Förderung der psychischen Gesundheit noch kaum erforscht (vgl. Dray et al. 2017, siehe auch Lebensphase Jugend und junge Erwachsene). Es gibt aber Hinweise, dass sozio-emotionale, bzw. Lebenskompetenzansätze auch bei benachteiligten Kindern erfolgreich sind. So fanden Taylor et al. (2017) in ihrem Review keine Unterschiede in der Wirkung der Interventionen nach sozioökonomischem Status, dem Ort der Schule oder dem Benachteiligungsmerkmal „race“ (Taylor et al. 2017). Rund die Hälfte der in Sklad et al. (2012) untersuchten Studien wurden mit sozioökonomisch benachteiligten Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Im Review von Taylor et al. (2017) machten sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche durchschnittlich 41% der Studienteilnehmenden aus, während rund 45% zu Minoritäten (im Sinne von „race“) gehörten. Eine detaillierte Analyse zur Wirkung der Interventionen je nach sozioökonomischem Status fehlt aber. Die AutorInnen bemängeln, dass die Einzelstudien oft keine Zahlen oder Subgruppenanalysen zu diesen Benachteiligungsdimensionen veröffentlichen, was einer Abschätzung der Chancengerechtigkeit dieser Interventionen im Wege steht (Taylor et al. 2017). Auch das oben beschriebene FRIENDS Programm konnte erfolgreich mit Kindern (und Jugendlichen) aus Migrationsgruppen durchgeführt werden und führte zu positiven Resultaten, wie z.B. zu weniger Internalisierungsproblemen oder zu einem gestärkten Selbstvertrauen (Welsh et al. 2015). Eine allgemeine Evaluation der Wirkung des FRIEND Programms auf verschiedene Benachteiligungsdimensionen hin konnte hingegen nicht gefunden werden.

Erfolgskriterien von Ansätzen im schulischen Setting: Zur Implementierung von Interventionen an Schulen mit verschiedenen Ansätzen zur Förderung der psychischen Gesundheit scheinen Peers ein präferierter und erfolgreicher Ansatz zu sein (Wahlbeck et al. 2017). Eine Synthese aus 32 systematischen Reviews (Stewart-Brown 2006) hat ergeben, dass wirkungsvolle Schulinterventionen meist folgende thematische Schwerpunkte setzten: psychische Gesundheit, aggressives Verhalten, gesunde Ernährung und körperliche Aktivität (vgl. Kap. 4.1 Bewegung und Ernährung). Wie aus der Aufzählung hervorgeht, müssen die schulischen Interventionen nicht einzig das Thema psychische Gesundheit abhandeln, auch eine Kombination oder Fokussierung auf die anderen aufgelisteten Themen erzielten bereits positive Effekte auf die psychische Gesundheit von benachteiligten Kindern. Einzig Interventionen, die thematisch lediglich den Substanzkonsum oder Substanzmissbrauch und die Verkehrssicherheit anvisierten, wurden als wenig effektiv befunden, um die psychische Gesundheit von benachteiligten Kindern zu steigern (Stewart-Brown 2006). Am häufigsten waren die Interventionen dann erfolgreich, wenn sie sich in der Entwicklung und Implementierung nahe am „Health promoting school approach“⁵¹ der WHO (1996) hielten. Das heisst, wenn sie die gesamte

⁵¹ http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/

Schule umfassten, über eine längere Zeitspanne implementiert wurden, Änderung im psychosozialen Umfeld der Schule mitbedachten und ein Coaching von Lehrpersonen und Eltern beinhalteten (Stewart-Brown 2006). Weiter schienen Interventionen mit benachteiligten Kindern laut einem neueren Review vor allem dann erfolgreich, wenn sie - ähnlich wie im Bereich Bewegung und Ernährung (vgl. Kapitel 4.1) - mehrere Ebenen umfassen (z.B. Schule, Familie, Gemeinde), interaktive Aktivitäten beinhalten und zudem periodische Follow-ups aufwiesen (Komro et al. 2013).

Ansätze im Setting Familie/Pflegefamilie: Nebst dem Setting Schule ist aber weiterhin die Familie wichtig für die psychische Gesundheit von Kindern. Falls Kinder aufgrund von Problemsituationen fremdplatziert werden müssen, haben Reviews gezeigt, dass sich eine Platzierung bei verwandten und/oder vertrauten Personen förderlicher auf die psychische Gesundheit auswirkt als beispielsweise die Platzierung in Pflegefamilien (Komro et al. 2013). Hingegen zeigt aber letzteres wiederum bessere Resultate als die Betreuung im institutionellen Rahmen, falls die Platzierung in einer Pflegefamilie mit weiteren massgeschneiderten Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit der betroffenen Kinder einhergeht, die Pflegefamilien professionell begleitet werden und die Anzahl Pflegekinder pro Familie nicht mehr als zwei beträgt (Komro et al. 2013).

Technologiebasierte Interventionen⁵²: Ein neueres Review untersucht die Wirksamkeit von technologiebasierten Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche und ihre Familien (MacDonell & Prinz 2017). Diese haben das Potential, den Zugang von benachteiligten Gruppen zu solchen Programmen zu erleichtern, da sie kostengünstig und zeitlich flexibel sind. Sie können zudem womöglich auch Personen erreichen, die aus Angst vor Stigmatisierung eher keine traditionellen Hilfeleistungen in Anspruch nehmen (MacDonell & Prinz 2017). Allerdings muss angemerkt werden, dass solche Interventionen noch wenig auf ihre Wirkung generell, und insbesondere auf ihre Wirkung mit benachteiligten Kindern, erforscht sind. Ausserdem muss mitbedacht werden, dass der Zugang zu Technologien und die Kompetenzen zum Umgang mit ebendiesen in der Bevölkerung ungleich verteilt ist (vgl. z.B. Kap. 4.2.1.3, Zugang zu Gesundheitsinformationen in der Migrationsbevölkerung). Immerhin konnten MacDonell und Prinz (2017) dreissig kontrollierte Studien finden, welche webbasierte Interventionen oder Interventionen mittels einer DVD durchführten, welche aber nicht speziell auf benachteiligte Gruppen fokussiert waren. Die Mehrheit von ihnen war anhand von Modulen strukturiert, die nacheinander durchgearbeitet werden mussten. Technologiebasierte Interventionen, welche die Familie einbezogen, konnten erfolgreich Verhaltensstörungen, Angst- und depressive Störungen bei Kindern bekämpfen und die Erziehungskompetenzen der Eltern fördern. Technologiebasierte Interven-

⁵² Als technologiebasierte Angebote werden in diesem Bericht Interventionen zusammengefasst, welche mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien vermittelt werden, z.B. über Internet, SMS, Smartphones, Social Media oder (v.a. im Falle von älteren Interventionen) auch über das Telefon, CD-Rom oder DVD (vgl. *technologiebasierte* oder *webbasierte Interventionen* in Kap. 4.1.2.1, 4.2.2.1 und 4.3.2.1 – jeweils in der Lebensphase Erwachsenenalter).

tionen, die sich direkt an Kinder und Jugendliche richteten, erzielten zwar auch gewisse Erfolge bei Angststörungen und Depression, führten aber zu gemischteren Resultaten als familienbasierte Programme (MacDonell & Prinz 2017).

Förderung der körperlichen Aktivität: Eine weitere Strategie zur Unterstützung des psychischen Wohlergehens von Kindern und Jugendlichen stellt die Förderung der körperlichen Aktivität dar (Welsh et al. 2015). Zwei Reviews (Biddle & Asare 2011, Eime et al. 2013) stellten einen Zusammenhang zwischen bewegungsbasierten Interventionen und der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen fest. Teamsport-Interventionen erzielten dabei tendenziell einen stärkeren Effekt (Eime et al. 2013). Methodisch sind aber die vorliegenden Studien, viele von ihnen Querschnittsstudien, eher schwach (Biddle & Asare 2011, Eime et al. 2013) und eine Wirkungsanalyse entlang von Benachteiligungsdimensionen fehlt (Welsh et al. 2015).

Lebensphase Jugend und junge Erwachsene (12 - 20 Jahre):

Die Adoleszenz ist eine Phase, in der psychische Probleme, wie zum Beispiel Depression und Suizidalität, häufig ausbrechen und das Handeln deshalb indiziert erscheint (Allen et al. 2014, WHO 2014). Trotzdem finden sich in der aktuellsten Literatur nur wenige Hinweise auf erfolgreiche, zielgruppenspezifische Interventionen für benachteiligte Jugendliche oder junge Erwachsene (z.B. Allen et al. 2014, WHO 2014, Wahlbeck et al. 2017). Nebst den wenigen Beispielen von gezielten Interventionen, scheinen universelle Interventionen im schulischen Setting in dieser Lebensphase im Vordergrund zu stehen.

Stärkung der Resilienz und der sozio-emotionalen Kompetenzen: Im schulischen Setting sind Ansätze zu sozio-emotionalen Kompetenzen (bzw. Lebenskompetenzen) grundsätzlich auch im Jugendalter und mit benachteiligten Jugendlichen vielversprechend (Taylor et al. 2017, vgl. Abschnitt Lebensphase Kindheit). Im Gegensatz zur Lebensphase Kindheit, in der die Mehrzahl der Studien zu diesen Ansätzen durchgeführt wurde, besteht aber betreffend deren Wirkung bei Jugendlichen noch Forschungsbedarf (Taylor et al. 2017). Eine neue Meta-analyse von 49 Interventionen, welche die psychische Resilienz im schulischen Setting förderten, fand, dass diese erfolgreich Internalisierungsprobleme bei Jugendlichen vermindern konnten (Dray et al. 2017). Ein Grossteil der untersuchten Studien⁵³ wendete kognitive Verhaltenstherapie (CBT) an. Daneben kamen 10 weitere Ansätze zur Anwendung, wie beispielsweise Lebenskompetenzenstärkung, Achtsamkeitstraining, Stärkung von sozialen Kompetenzen und positive Psychologie⁵⁴ (vgl. Dray et al.

⁵³ Dray et al. (2017) untersuchten Interventionen mit Kindern und Jugendlichen. Bei der oben aufgeführten Aufzählung der Ansätze wurde nicht differenziert, welche dieser Ansätze mit Kindern bzw. Jugendlichen angewendet wurden.

⁵⁴ Weitere Ansätze in ihren englischen Fachbegriffen: *social and emotional learning, coping skills, interpersonal and self-management skills, mental health promotion, the affective-behavioral-cognitive-dynamic (ABCD) model, psychological wellbeing therapy* (Dray et al. 2017).

2017). Rund die Hälfte der Interventionen förderten drei oder mehr interne protektive Faktoren (z.B. kognitive Kompetenz, Probleme lösen und Entscheide fällen, Kooperation und Kommunikation, Bewältigungskompetenzen). Die weiteren Interventionen suchten zusätzlich auch mindestens einen externen protektiven Faktor zu stärken (z.B. prosoziale Peers, positive Peer-Beziehungen, sinnvolle Beteiligung auf Schul- und/oder Gemeindeebene, unterstützendes Elternhaus) (Dray et al. 2017). Allerdings wurde die Wirkung der Studien nur in Bezug auf Gender, nicht aber auf weitere Benachteiligungsdimensionen untersucht. Der Gendereffekt fällt dabei gemischt aus (vgl. Kapitel 4.2.2.2 Gender) (Dray et al. 2017). Auch fehlt eine Abschätzung der Langzeitwirkung in vielen Studien zu schulbasierten Interventionen (Dray et al. 2017).

Als erfolgreiche, universelle schulbasierte Programme werden unter anderem MindMatters⁵⁵ und FRIENDS genannt, welche in Australien entwickelt wurden und nun in verschiedenen Ländern umgesetzt werden (Welsh et al. 2015). Für FRIENDS sind vor allem bei Kindern Erfolge dokumentiert (vgl. Lebensphase Kindheit, s.o.). In der Schweiz befindet sich MindMatters momentan in der Planungsphase und soll im Schuljahr 2019/20 in einer Testversion an Schulen der Sekundarstufen I und II eingeführt werden⁵⁶. MindMatters verfolgt einen „whole school“ Ansatz, der Schulen darin unterstützt, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und dabei mehrere Ebenen einbezieht, d.h. Schüler, Lehrpersonen, Eltern und Gesundheitsdienste (Welsh et al. 2015). Trotz der weitreichenden Implementierung scheint MindMatters besonders auf seine Wirkung auf die Benachteiligung eher unzureichend evaluiert zu sein. Welsh et al. (2015) erwähnen in ihrem umfangreichen Review in Bezug auf MindMatters beispielsweise nur gerade eine qualitative Evaluation des Programms in Australien. Diese Evaluation beschreibt zudem die Einbindung von kulturellen und sprachlichen Minoritätsgruppen, sowie von indigenen Gruppen als Herausforderung (Welsh et al. 2015).

Achtsamkeitsbasierte Ansätze: Reviews, welche achtsamkeitsbasierte (*mindfulness-based*) Interventionen an Schulen untersucht haben, belegen deren Wirksamkeit bei Jugendlichen (Zenner et al. 2014, Zoogman et al. 2015, Klingbeil et al. 2017). Diese zeigten sich insbesondere zur Stärkung der kognitiven Fähigkeiten und der Stressresistenz (bzw. Resilienz) als erfolgreich (Zenner et al. 2014). Unterschiedliche Komponenten, theoretische Ansätze und Interventionsmodalitäten zur Achtsamkeit kamen dabei jeweils zum Einsatz. In den von Zenner et al. (2014) untersuchten Studien wurden die Interventionen meist durch externe, professionelle Trainer durchgeführt. Achtsamkeit wurde durch verschiedene Komponenten gefördert, darunter Atemübungen, Psycho-Edukation und Gruppendiskussionen (Zenner et al. 2014). Die Chancengerechtigkeit von achtsamkeitsbasierten Interventionen ist kaum erforscht. Immerhin wurden einige der in Reviews aufgeführten Studien mit benachteiligten Jugendlichen durchgeführt (vgl. Zenner et al. 2014, Zoogman et al. 2015). Dies sind aber z.B. lediglich zwei von 24 Studien im Review

⁵⁵ MindMatters Programm Australien: <https://www.mindmatters.edu.au/>

⁵⁶ MindMatters Programm Schweiz: <https://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Psychische-Gesundheit/MindMatters/PUEFS/>

von Zenner et al. (2014) der Fall. Eine dieser Studien wurde mit sozioökonomisch benachteiligten Jugendlichen im Vereinigten Königreich, die zweite mit Jugendlichen aus Minoritätsgruppen in den USA durchgeführt und wiesen beide lediglich gemischte Resultate aus (Zenner et al. 2014). Zoogman et al. (2015) hingegen fanden in ihrer Meta-analyse, dass der Anteil von SchülerInnen mit Minoritätshintergrund keinen Einfluss auf den Erfolg der Interventionen hatte.

Förderung der *Mental Health-Literacy* und des Hilfe Beanspruchens: Im Review von Salerno (2016) wurden 15 schulbasierte Interventionen aus den USA untersucht, welche eine oder mehrere der folgenden Zielsetzungen verfolgten: Verbesserung der Kenntnisse und/oder der Einstellungen zur psychischen Gesundheit und/oder ein vermehrtes Inanspruchnehmen von Hilfe. Die untersuchten Interventionen thematisierten das Thema psychische Gesundheit meist im Rahmen von Unterrichtslektionen (z.T. kombiniert mit einmaligen Präsentationen oder Videokomponenten)⁵⁷ und führten generell zu positiven Ergebnissen. Vorwiegend wurden sie von externen Instruktoren oder Instructorinnen vermittelt. Die Interventionen konnten zum Beispiel die Kenntnisse zur psychischen Gesundheit messbar erweitern und die Einstellungen zu psychischen Problemen positiv verändern. Das heisst, eine Verbesserung der *Mental Health-Literacy* und eine Sensibilisierung konnten erreicht werden. Auch konnte in einigen Studien eine veränderte Einstellung oder eine erhöhte Intention zur Inanspruchnahme von Hilfe festgestellt werden (Salerno 2016). Dass die bestehenden schulischen Ansätze eher erfolgreich darin sind, die *Mental Health-Literacy* zu erhöhen, nicht aber das Verhalten zu beeinflussen, unterstreicht auch das Review von Salam et al. (2016). In der Suizidprävention führten schulbasierte universelle Interventionen im Setting des Klassenzimmers und auch erlebnisorientierte Ansätze demnach zu einer Erhöhung des Wissens zum Thema Suizid, nicht aber zu veränderten Einstellungen oder Verhaltensweisen (Salam et al. 2016). Laut Salam et al. (2016) waren bisherige schulbasierte Interventionen im Jugendalter eher im Bereich von depressiven Symptomen und Angststörungen erfolgreich. Dies vor allem dann, wenn diese zielgruppenspezifisch (d.h. an gefährdete Jugendliche gerichtet) im Gruppensetting und mithilfe von verhaltenstherapeutischen Methoden (*cognitive behavioral therapy*) durchgeführt wurden (Salam et al. 2016).

Auch diese beiden Reviews weisen darauf hin, dass in den meisten Studien eine Analyse der Wirkung entlang von Benachteiligungsdimensionen fehlt (Salam et al. 2016, Salerno 2016). Vier der untersuchten schulbasierten Studien von Salerno (2016) wiesen aber einen Anteil an Jugendlichen aus Minoritätsgruppen von mehr als 40% auf und führten generell zu positiven Resultaten (Salerno 2016). Dies deutet darauf hin, dass solche Interventionen auch bei benachteiligten Jugendlichen erfolgreich sein können. Allerdings sind viele der 15 untersuchten Studien methodologisch schwach und haben z.B. keine Kontrollgruppe. Salerno (2016) bemängelt auch, dass gerade die Frage des Stigmas nur von wenigen Interventionen aufgegriffen wurde.

⁵⁷ Der Autor beschreibt die Ansätze als „*traditional mental health education curriculums*“ (Salerno 2016). Eine detailliertere Ausführung ist im Review leider nicht enthalten.

Förderung eines unterstützenden Schulklimas: Neben den oben erläuterten gezielten Interventionen zur psychischen Gesundheit ist im schulischen Setting auch die Förderung eines unterstützenden Schulklimas relevant (Allen et al. 2014, WHO 2014). Dies ist insbesondere zur Stärkung der psychischen Gesundheit von LGBT Jugendlichen von Bedeutung (vgl. Kapitel 4.2.2.3 Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität).

Ansätze ausserhalb des schulischen Settings: Ausserhalb der Schule werden vereinzelt auch Interventionen in anderen Settings in der Lebensphase Jugendliche und junge Erwachsene untersucht. Bei benachteiligten Jugendlichen haben sich beispielsweise einige familienzentrierte, zielgruppenspezifische Interventionen als erfolgreich zur Prävention von depressiven Störungen erwiesen (Perrino et al. 2015). Perrino et al. (2015) nennen drei Beispiele von erfolgreichen familienzentrierten Interventionen, welche mit afroamerikanischen und Latino Jugendlichen in den USA durchgeführt wurden (Perrino et al. 2014, Brody et al. 2012, Gonzales et al. 2012). Diese Interventionen beinhalteten unterschiedliche Ansätze und Komponenten, welche in den zitierten Studien zum Teil nicht genügend detailliert aufgeführt werden, um deren Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Allen gemeinsam ist aber, dass sie die Erziehungskompetenzen der Eltern und ein funktionierendes Familienleben (z.B. funktionierende Kommunikation, gemeinsame Lösung von Problemen) förderten (Perrino et al. 2014, Brody et al. 2012, Gonzales et al. 2012). Alle führten gruppenbasierte Sitzungen durch, welche sich an Eltern und/oder Jugendliche richteten (Perrino et al. 2015). Die *Familias Unidas* Intervention bestand zum Beispiel aus Gruppensitzungen mit mehreren Eltern und zusätzlich aus einzelnen Familiensitzungen, welche die Stärkung der Erziehungskompetenzen und ein funktionierendes Familiensystem (z.B. eine gute Kommunikation zwischen Eltern und Jugendlichen) zum Ziel hatten (Perrino et al., 2014). Allen drei beschriebenen Interventionen gemeinsam ist zudem, dass sie auf den sozialen und kulturellen Kontext der Zielgruppe angepasst wurden (Perrino et al. 2015). Die Resultate des *Bridges to High School* Programmes für Jugendliche mexikanischer Herkunft und ihre Familien unterstreichen zudem, dass die Erfolge von solchen Präventionsprogrammen gesteigert werden können, wenn sie in der Muttersprache der Zielgruppe durchgeführt werden (Gonzales et al. 2012). Perrino et al. (2015) kritisieren aber, dass es – zumindest im Bereich der Prävention von depressiven Störungen – noch zu wenig solcher zielgruppenspezifischen Studien gibt.

Im Setting der Gemeinde gibt es (gemischte) Evidenz dafür, dass Freizeitangebote ausserhalb der Schule das Wohlbefinden benachteiligter Kinder und Jugendlicher fördern können. Beispielsweise konnten Interventionen, welche den Ansatz des *positive youth development* verfolgen, das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit von Kindern und Jugendlichen steigern (Komro et al. 2013). Wichtig ist dabei laut Komro et al. (2013), dass solche Interventionen die SAFE Prinzipien (sequenced, active, focused, and explicit) anwenden und evidenzbasierte Methoden zur gezielten Förderung von mindestens einer Lebenskompetenz einsetzen. Als erfolgsversprechende Lebenskompetenzen werden Selbstwertgefühl, Selbstwirk-

samkeit, Selbstbeherrschung, Problemlösung, Leadership, verantwortliche Entscheidungsfindung und Konfliktlösung genannt (Komro et al., 2013). Ein neueres Review schätzt die Wirkung solcher gemeindebasierten Interventionen, insbesondere von Jugendzentren und von ausserschulischen Programmen mit Fokus auf Empowerment, kritischer ein. Zwar konnten diese gewisse Erfolge aufweisen und zum Beispiel das Selbstvertrauen fördern (Salam et al. 2016). Grundsätzlich gibt es aber – trotz ihrer weiten Verbreitung – nur wenige Studien, die deren Wirkung untersuchen und die Resultate dieser Studien sind laut Salam et al. (2016) bisher sehr durchmischt.

Da die Förderung der psychischen Gesundheit in der Lebensphase Jugend vor allem über das schulische Setting stattfindet, muss auch ein besonderes Augenmerk auf jene Jugendlichen gelegt werden, welche aus diesem Setting ausscheiden. Jugendliche, die einen Schulunterbruch erleben, sind oftmals junge Menschen, die im Laufe ihres Lebens mit unterschiedlichen Belastungen konfrontiert waren und so besonders gefährdet sind für psychische Erkrankungen (Elliott 2016).

Weitere Ansätze, deren Erfolg auf benachteiligte Jugendliche zu überprüfen wäre, sind Angebote, die auf körperliche Aktivität fokussieren. Diese konnten bei Jugendlichen generell das Selbstvertrauen steigern und depressive Störungen verringern, nicht aber Angststörungen abbauen (Salam et al. 2016).

Technologiebasierte Interventionen⁵⁸: Nur wenige Studien scheinen bisher in Bezug auf technologiebasierte Angebote und benachteiligte Jugendliche publiziert zu sein. Welsh et al. (2015) weisen auf das online Programm *ReachOut.com* in Australien hin, welches in einer Evaluation positive Resultate erzielte. Vor allem Jugendliche mit existierenden psychischen Störungen konnte es zu vermehrtem Hilfesuchen animieren (Collin et al. 2011). Technologiebasierte Angebote führten bisher vor allem im Bereich von Depressionen und Angststörungen zu vielversprechenden Resultaten (Salam et al. 2016). Allerdings beziehen sich diese Studien nicht spezifisch auf benachteiligte Jugendliche. Ein weiteres Review zur Wirksamkeit von technologiebasierten Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche und ihre Familien, wurde bereits im Abschnitt zur Lebensphase Kindheit vorgestellt (MacDonell & Prinz 2017, s.o.). Im Gegensatz zu Interventionen, welche die Familie oder Eltern einbezogen und mehrheitlich mit Kindern durchgeführt wurden, konnten technologiebasierte Interventionen, die sich direkt an Jugendliche richteten, zwar auch gewisse Erfolge bei Angststörungen und Depression vorweisen, führten aber zu gemischteren Resultaten als familienbasierte Programme in der Kindheit (MacDonell & Prinz 2017).

Chancengerechtigkeit von Interventionen in der Lebensphase Jugend und Junge Erwachsene: Unabhängig vom Setting wurde festgestellt, dass bei Studien

⁵⁸ Als technologiebasierte Angebote werden in diesem Bericht Interventionen zusammengefasst, welche mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien vermittelt werden, z.B. über Internet, SMS, Smartphones, Social Media oder (v.a. im Falle von älteren Interventionen) auch über das Telefon, CD-Rom oder DVD (vgl. *technologiebasierte* oder *webbasierte Interventionen* in Kap. 4.1.2.1, 4.2.2.1 und 4.3.2.1 – jeweils in der Lebensphase Erwachsenenalter).

zur Prävention von depressiven Störungen in der Kindheit und Adoleszenz meist eine Evaluation ihrer Wirkung entlang von Benachteiligungsdimensionen fehlt (Perrino et al. 2015, Sandler et al. 2014). Die wenigen Studien und Meta-Analysen, die dies untersuchten, kamen zudem zu sehr gemischten Ergebnissen (Perrino et al. 2015). Gewisse Einzelstudien stellten keinen Effekt auf die Benachteiligung fest (Marchand et al. 2010) während sich in anderen die Chancenungleichheit sogar verstärkte, da Teilnehmende aus bessergestellten Familien stärker profitierten (Leijten et al. 2013). Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass universelle (nicht zielgruppenspezifische) Interventionen tatsächlich chancengerecht im Sinne des „proportionate universalism“ (vgl. WHO Europe 2014) sein können. Eine Meta-Analyse von Interventionen zur Prävention von depressiven Störungen stellte beispielsweise insgesamt grössere Erfolge bei benachteiligten Gruppen fest (Stice et al. 2009). Zusammenfassend muss aber festgehalten werden, dass es noch nicht genügend Evidenz gibt, um die Frage der Chancengerechtigkeit von universellen Programmen im Bereich der Prävention von depressiven Störungen zu beantworten. Insbesondere lässt der Forschungsstand auch keine Rückschlüsse zu, welche spezifischen Aspekte für allfällige (positive/negative) differenzielle Wirkungen verantwortlich sind.

Lebensphase Erwachsenenalter (Fokus Familie, Beruf) (21 - 55 Jahre):

Unterstützung zum Verlassen der Arbeitslosigkeit: Wie aus dem vorherigen Kapitel entnommen werden kann, ist die Arbeitslosigkeit einer der einflussreichsten Umstände, die sich negativ auf die psychische Gesundheit von allen Personen und vor allem von benachteiligten Bevölkerungsgruppen auswirken können. Wahlbeck et al. (2017) halten in ihrem kürzlich erschienen Review fest, dass gruppenbasierte Trainingsprogramme zur Erleichterung der Arbeitssuche eine geeignete Massnahme darstellen können, um die negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit abzufedern.

Das Review basiert ihre Schlussfolgerung unter anderem auf eine umfassende Studie aus Finnland (Vuori et al. 2002), die das gut untersuchte Arbeitssuchtrainingsprogramm des Michigan Prevention Research Center (MPRC) adaptiert umgesetzt hat. In diesem Programm werden an insgesamt fünf Halbtagen durch einen männlichen Trainer, zusammen mit einer weiblichen Referentin unterschiedliche Kompetenzen für die Arbeitssuche vorgestellt und trainiert. Vor allem durch eine unterstützende Atmosphäre und die Partizipation der Gruppenmitglieder sollen die Arbeitssuchenden in ihren Fähigkeiten gefördert werden, a) ihre Stärken zu erkennen und zu kommunizieren, b) ihr Netzwerk für die Arbeitssuche nutzen zu lernen, c) den Kontakt zu Arbeitgebern erfolgreich aufzunehmen, d) Bewerbungsformulare zu erstellen und e) Bewerbungsgespräche erfolgreich zu meistern. Positive Ergebnisse für die psychische Gesundheit konnten auch zwei Jahre nach der Inanspruchnahme solcher Trainingsprogramme ausgemacht werden, weshalb auch eine Einbettung solcher Angebote in die Strukturen der Arbeitsvermittlung gefördert werden sollten (Wahlbeck et al. 2017). Gruppenbasierte Angebote scheinen grundsätz-

lich den stärksten Impact auf die psychische Gesundheit von arbeitslosen, benachteiligten Personen zu haben (Wahlbeck et al. 2017). Das kann daran liegen, dass mit dieser Massnahme sowohl ihre soziale Isolation bekämpft, wie auch ihre personellen Ressourcen/Netzwerk erweitert werden (vgl. weitere Ausführungen zur sozialen Isolation in Kapitel 4.2.1.1 und Abschnitt unten).

Das Verlassen der Arbeitslosigkeit ist häufig für Personen besonders erschwert, die an einer psychischen Störung gelitten haben oder aktuell leiden. Die meist verbreitete Praxis war, solchen Personen über gesicherte Arbeitsstellen und/oder Beschäftigungsprogrammen zu helfen, die arbeitslose Zeit zu überbrücken. Neuere Arbeiten deuten aber darauf hin, dass Wiedereingliederungsprogramme effektiver sind, um die psychische Gesundheit zu fördern und deshalb stärker bevorzugt werden sollten (Johnson 2017, Marshall 2016). Wiedereingliederungsprogramme in den primären Arbeitsmarkt für Personen mit psychischen Schwierigkeiten beinhalten meist die Unterstützung bei der Stellensuche, die Vermittlung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie die Betreuung der Arbeitnehmer während des beruflichen Wiedereinstiegs. Im Vergleich zu anderen Angeboten, verkürzen Wiedereingliederungsprogramme die arbeitslose Zeit bedeutsam und die Wahrscheinlichkeit für eine Anstellung im primären Arbeitsmarkt ist deutlich höher, was sich wiederum positiv auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirkt (Allen et al. 2014, Marshall 2016).

Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz: Nebst der Arbeitslosigkeit können auch ungünstige Arbeitsbedingungen einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von benachteiligten Bevölkerungsgruppen ausüben (Allen et al. 2014). Vor allem die Schulung von Arbeitgebern zum Thema psychische Gesundheit und die Förderung der Arbeitnehmenden in Kommunikations- und Stressbewältigungsstrategien könnte sich positiv auf benachteiligte Gruppen auswirken (Allen et al. 2014), wie eine weit angelegte Studie aus China andeutet (Sun et al. 2013). Differenzielle Untersuchungen zu diesem Thema konnten aber über die vorliegende Literaturrecherche keine ausgemacht werden. Neben Interventionen, welche auf Schulungen basieren, können auch Massnahmen, welche auf die Arbeitsorganisation abzielen, die psychische Gesundheit fördern. Änderungen in der Organisation von Schichtarbeit konnten beispielsweise positive Effekte auf die psychische Gesundheit von Arbeitnehmenden erzielen (Komro et al. 2013). Da insbesondere weniger qualifizierte Personen im Schichtbetrieb arbeiten, können solche Massnahmen womöglich auch die Benachteiligung verringern. Insbesondere die Verankerung von förderlichen Arbeitsmodellen auf struktureller Ebene (vgl. Kap. 4.2.1.1) sind deshalb von Bedeutung.

Bekämpfung der sozialen Isolation: Die soziale Isolation oder soziale Verarmung tragen wesentlich zur Entwicklung psychischer Probleme bei Personen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen bei. Zur Bekämpfung der sozialen Isolation wie auch zur Bekämpfung von fehlenden, sinnstiftenden Tagesstrukturen scheint das sogenannte „social prescribing“ besonders verbreitet. Unter *social prescribing* wird

die gezielte Anbindung oder Vernetzung von sozioökonomisch benachteiligten Personen an geeigneten sozialen oder kulturellen Freizeitaktivitäten in ihren Gemeinden verstanden. Diese Vermittlungsangebote wurden bisher in der Regelversorgung angesiedelt und / oder in Institutionen mit einem sozialen Auftrag. Wenn auch erfolgsversprechend zur Förderung von psychischer Gesundheit unter benachteiligten Bevölkerungsgruppen, sehen verschiedene Autoren (Wahlbeck et al. 2017, Johnson, 2017) noch die Notwendigkeit für weitere Untersuchungen in diesem Bereich, um die flächendeckende Implementierung von Vermittlungsangeboten vorschlagen zu können.

Technologiebasierte Interventionen: Auch technologiebasierte Interventionen⁵⁹ im Erwachsenenalter haben das Potential, die psychische Gesundheit von benachteiligten Personen zu fördern, unter anderem weil sie den Zugang zu Gesundheitsförderungsprogrammen erleichtern und dank grösserer Anonymität eine Stigmatisierung verhindern können (Ramsey & Montgomery 2014). In der Praxis geschieht gerade im Bereich der psychischen Gesundheit die Aufnahme von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien eher langsam. Dies rührt unter anderem daher, dass in der Sozialen Arbeit traditionellerweise der persönliche Kontakt im Vordergrund steht (Ramsey & Montgomery 2014). In ihrem Review finden Ramsey & Montgomery (2014) deshalb auch nur fünf technologiebasierte Interventionen aus den USA, welche eine Förderung der psychischen Gesundheit zum Ziel hatten und von Sozialarbeitenden durchgeführt wurden⁶⁰. Diese beinhalteten zwei gruppenbasierte Interventionen, welche online durchgeführt wurden, zwei individuelle Interventionen (via CD-ROM bzw. Videokonferenz) und eine mit nicht spezifiziertem Format (Ramsey & Montgomery 2014). Zwei dieser Interventionen benutzten standardisierte Interventionsansätze mit Behandlungsmanualen. Die verwendeten Ansätze waren in diesen Fällen die kognitive Verhaltenstherapie bzw. die psychoedukative Gruppentherapie (*psychoeducational group therapy*). Bei den weiteren drei Interventionen werden die verwendeten Ansätze im Review von Ramsey und Montgomery (2014) nicht weiter spezifiziert. Vier von fünf untersuchten Studien konnten positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit messen. Die Studien berichteten auch alle davon, dass sie dank dem technologiebasierten Format Personen den Zugang zur Intervention ermöglichten oder ihre Unterstützung verbessern konnten, was ohne diese Technologie nicht geschehen wäre (Ramsey & Montgomery 2014). Vertraulichkeit und Anonymität wurden hingegen von einigen Studien als Erfolgsfaktor, von anderen aber als Hindernis (im Sinne z.B. von Befürchtungen zur Datensicherheit) betrachtet. Weitere Hindernisse waren der Zugang zu den benutzten Technologien und die Fähigkeiten der Teilnehmenden, mit diesen umzugehen (Ramsey & Montgomery 2014). Vom vorliegenden Review zu schliessen, steckt die Forschung zu erfolgreichen technologiebasierten Ansätzen

⁵⁹ Als technologiebasierte Angebote werden in diesem Bericht Interventionen zusammengefasst, welche mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien vermittelt werden, z.B. über Internet, SMS, Smartphones, Social Media oder (v.a. im Falle von älteren Interventionen) auch über das Telefon, CD-Rom oder DVD (vgl. auch technologiebasierte oder webbasierte Interventionen in Kap. 4.1.2.1 und 4.3.2.1 – jeweils in der Lebensphase Erwachsenenalter).

⁶⁰ Drei Interventionen hatten Erwachsene als Zielgruppe, eine Kinder und eine sowohl Erwachsene wie auch Kinder.

zur Förderung der psychischen Gesundheit bei benachteiligten Gruppen noch in den Kinderschuhen.

Förderung der körperlichen Aktivität: Zu Interventionen, welche durch körperliche Aktivität das psychische Wohlbefinden im Erwachsenenalter fördern wollen, wurde nur wenig Literatur gefunden. Solche Ansätze haben sich aber beispielsweise bei älteren Personen als erfolgreich erwiesen (vgl. nächster Abschnitt). Auch bei stark benachteiligten Personen mit Suchtproblemen konnten auf körperliche Aktivität ausgerichtete Interventionen unter anderem die psychische Gesundheit fördern, indem Angstsymptome und depressive Symptome gelindert wurden (Luchenski et al. 2017).

Ansätze mit stark benachteiligten Gruppen: Für stark benachteiligte Gruppen wie obdachlose oder drogenabhängige Personen identifizieren Luchenski et al. (2017) unter anderem folgende Erfolgsansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit: a) die Kombination von individuellem Case Management mit Multikomponenten-Interventionen, b) aktive Partizipation, c) niederschwelliger Zugang, d) unterstützende Werthaltungen der Fachpersonen (z.B. auf die betroffene Person eingehen, Vertrauen aufbauen, sie zur Partizipation anregen). Um die Partizipation zu gewährleisten, eignen sich unter anderem auch Peer Worker oder die Förderung von Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit und Interessensvertretung durch Peers (Luchenski et al. 2017).

Lebensphase Höheres Alter (ab 55 Jahre):

Die Förderung von psychischer Gesundheit in älteren Personen wurde weit weniger untersucht, als jene in Kindern oder jungen Erwachsenen, obwohl unterschiedliche Arbeiten darauf hindeuten, dass auch in diesem Alter ähnlich grosse Effekte zur Erhöhung der Chancengerechtigkeit erzielt werden könnten (Wahlbeck et al. 2017). Wichtig erscheint der Fokus auf diese Lebensphase besonders deswegen, weil kritische Lebensereignisse (z.B. Pensionierung, eigene Erkrankung, Verlust der Selbständigkeit, Tod eines Familienangehörigen etc.) wahrscheinlicher werden und zu einer zusätzlichen psychischen Belastung führen können (Dellenbach & Angst 2011, Schäffler et al. 2013). Die Ergebnisse eines ein wenig älteren systematischen Reviews und Meta-analyse (Forsman et al. 2011) deuten darauf hin, dass psychosoziale Interventionen einen zwar kleinen, aber bedeutsamen Beitrag zur Steigerung der psychischen Gesundheit und Reduktion von depressiven Störungen bei älteren Personen leisten konnten. Die psychosozialen Interventionen waren dadurch gekennzeichnet, dass sie mehrere Ziele verfolgten, wie z.B. die Steigerung von sozialen Aktivitäten und Gemeinwesenarbeit, die Steigerung der körperlichen Aktivität und das Training von Fertigkeiten oder des Gedächtnisses. Interventionen, die lediglich auf die Steigerung der körperlichen Aktivität oder von kognitiven Fähigkeiten abzielten, erzielten keine oder kaum positive Effekte in Bezug auf die psychische Gesundheit. Forsman et al. (2011) fanden in ihrer Meta-Analyse zusätzlich heraus, dass von allen beeinflussenden Faktoren, insbesondere die Dauer der

psychosozialen Interventionen die Effektivität hinsichtlich psychischer Outcomes beeinflusst. Längere Interventionen von mindestens 3 Monaten erzielten stärkere Effekte.

Dass multidimensionale Interventionen bei älteren Personen aus benachteiligten Gruppen deren psychische Gesundheit verbessern können, bestätigt auch eine neuere Meta-analyse, die bereits im Bereich Bewegung vorgestellt wurde (Lood et al. 2015, vgl. Kap. 4.1.2.1). Die untersuchten Studien wirkten sich insgesamt positiv auf das psychische Wohlbefinden aus und führten zu einer Verringerung von Depressionen (Lood et al. 2015). Als mögliche Erfolgsfaktoren identifizieren die Autoren dabei soziokulturelle und sprachliche Anpassungen, ein personenzentrierter, (auf Empowerment ausgerichteter) Ansatz, das Vermitteln von Gesundheitsinformationen, die Förderung der körperlichen Aktivität, und die Durchführung durch qualifiziertes Gesundheitspersonal (Lood et al. 2015). Lood et al. (2015) weisen aber auch darauf hin, dass in Bezug auf die Förderung der Gesundheit von älteren benachteiligten Personen noch ein grosser Forschungsbedarf besteht. Für ihre Meta-analyse konnten sie lediglich fünf randomisiert kontrollierte Studien finden, welche vielfach klein sind und allesamt aus den USA stammen (Lood et al. 2015).

Wie bereits im Kapitel zur Bewegung und Ernährung erläutert wurde (vgl. Kap. 4.1.2.1 Höheres Alter), scheint der treibende Faktor der Gesundheitsförderung bei älteren Personen, die soziale (Re-)Integration zu sein. Dies gilt insbesondere für die psychische Gesundheit und die Vorbeugung von psychischen Störungen im höheren Alter. In der Überblicksarbeit von Dellenbach & Angst (2011) zu Förderung der psychischen Gesundheit im Alter aus dem Projekt Via wurden je nach Risikogruppen⁶¹ im höheren Alter unterschiedliche Interventionsvorschläge herausgearbeitet. In einem späteren Bericht von Schäffler et al. (2013) wurden die bisherigen Zugangswege zu den benachteiligten älteren Personen in der Schweiz durchleuchtet und Optimierungsvorschläge für bisherige Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe zusammengefasst.

Laut den Autoren sollte der Zugang zu älteren Personen, die potentiell von Einsamkeit betroffen sind, möglichst niederschwellig, situationsgerecht und wertschätzend gestaltet sein, was über Zeitungsinserate mit personalisierter Ansprache, aufsuchender Arbeit oder Schlüsselpersonen gewährleistet werden kann (Schäffler et al. 2013). Weiter halten sie fest, dass der Zugang frühzeitig gesucht werden sollte und kritische Lebensereignisse wie die Pensionierung oder der Verlust des Partners/der Partnerin genutzt werden sollten, um einem möglicherweise einsetzenden Prozess der Vereinsamung zuvorzukommen. Wichtig erscheint auch hier, dass der Diversität von Personen im höheren Alter Rechnung getragen wird, indem unterschiedliche Angebote geschaffen werden, die an die Mobilität dieser Zielgruppe angepasst sind. Für mobile Personen im höheren Alter sind vor allem Angebote der sozialen Teilhabe ansprechend, die der Erhaltung ihrer Autonomie dienen (z.B. Vereinsarbeit, Mithilfe bei der Organisation kultureller Anlässe etc.), während für

⁶¹ Die im Bericht von Dellenbach & Angst (2011) untersuchte Risikogruppen waren: Subjektiv Vereinsamte, Verwitwete, Finanziell Benachteiligte, Pflegende Angehörige, Zuhause lebende Pflegeabhängige, Gebrechliche, fragile Personen, Seh- und Hörbehinderte, frisch Pensionierte und Getrennte/Geschiedene.

Personen im höheren Alter mit eingeschränkter Mobilität aufsuchende Dienste (z.B. Spitex, Besuche im Rahmen der Freiwilligenarbeit) wichtige Massnahmen darstellen, um die soziale Teilhabe zu fördern (Schäffler et al. 2013).

Auch kam dieser Bericht zur Schlussfolgerung, dass sich wiederholende Angebote eher gefördert werden sollten und personelle wie örtliche Kontinuität gewährleistet werden sollte, um den Personen den Beziehungsaufbau zu anderen Teilnehmenden zu erleichtern. Fahrdienste sollten auch nicht ausgeschlossen werden, um den Zugang zu bestimmten Angeboten zu ermöglichen. Bei aufsuchenden Angeboten ist nebst der Kontinuität noch die Sicherstellung der gegenseitigen Sympathie und gemeinsamen Interessen von besonderer Relevanz (Schäffler et al. 2013).

4.2.2.2 Spezifische Ansätze nach horizontalen Benachteiligungsdimensionen:

Gender:

Universelle schulbasierte Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen haben sich generell als erfolgreich erwiesen (vgl. Kap. 4.2.2.1) (Salerno 2016, Dray et al. 2017). Ob diese Interventionen einen differenziellen Effekt auf die Geschlechter haben können und welche Faktoren dafür verantwortlich sind, ist aber noch unzureichend erforscht. Ein neues Review von 57 universellen, schulbasierten Interventionen zur Förderung der Resilienz (Dray et al. 2017) (vgl. Kap. 4.2.2.1 Lebensphase Jugend) konnte beispielsweise nur bei 40% der untersuchten Studien überhaupt Ausführungen zu möglichen Gendereffekten finden. Darunter gab es nur drei Studien, welche Zahlen publizierten, welche sich für eine Meta-Analyse geeignet hätten. Eine narrative Beurteilung der Gendereffekte in den 23 Studien, welche Angaben dazu machten, ergab, dass meist kein differenzieller Effekt entlang der Genderdimension gefunden wurde. In den Fällen, wo sich die Wirkung unter den beiden Geschlechtern unterschied, kam es zu sehr gemischten Resultaten mit stärkeren Effekten in einigen Fällen für männliche, in anderen für weibliche Teilnehmende (Dray et al. 2017). Eine andere Meta-Analyse von 24 psychosozialen Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit, welche von Lehrkräften an Schulen durchgeführt wurden, fand hingegen eher Evidenz für ungleiche Gendereffekte (Franklin et al. 2017). Insgesamt stellte die Meta-Analyse eine grössere Wirkung bei Schülerinnen fest. Diese wiesen eine deutlichere Reduktion von internalisierendem Verhalten auf als ihre männlichen Kollegen (Franklin et al. 2017). Insgesamt weist die von uns untersuchte Literatur also darauf hin, dass universelle, schulbasierte Interventionen in der Lebensphase Kindheit und Jugendliche die psychische Gesundheit beider Geschlechter gleichermaßen fördern können, dass dies aber nicht immer der Fall ist. Es besteht noch ein Forschungsbedarf, um mögliche Erfolgsfaktoren und -ansätze genauer zu bestimmen.

Bei stark benachteiligten Frauen, welche zum Beispiel obdachlos oder Opfer von häuslicher Gewalt sind, haben sich zielgruppenspezifische psychologische Interventionen bewährt (Luchenski et al. 2017). Diese Interventionen beinhalten unter anderem Verhaltenstherapie, motivierende Gesprächsführung, aber auch edukative Ansätze (*educational interventions*) (Luchenski et al. 2017). Auch sogenannte therapeutic communities, also Angebote welche den betroffenen Frauen eine geschützte, abgeschirmte Unterkunft zusammen mit weiteren Unterstützungsangeboten anbieten (z.B. Frauenhäuser für Opfer von häuslicher Gewalt), haben sich in dieser Zielgruppe auch erfolgreich zur Stärkung des psychischen Wohlergehens erwiesen (Luchenski et al. 2017). Zudem wirkten sich integrierte Angebote für substanzabhängige werdende Mütter, welche nicht nur auf den Substanzkonsum abzielten, sondern auch Schwangerschafts-, Erziehungsangebote und Angebote für Kinder boten, stärker positiv auf deren psychische Gesundheit aus als Interventionen, die sich nur auf den Substanzkonsum konzentrierten (Luchenski et al. 2017). Eine Forschungslücke in Bezug auf stark benachteiligte Frauen besteht für Sexarbeiterinnen, wo Luchenski et al. (2017) kein Review von Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit finden konnten.

Der Fokusbericht Gender und Gesundheit (BAG 2008a) weist darauf hin, dass bei erwerbstätigen Frauen und Männern in der Schweiz Stress häufig durch verschiedene Ursachen hervorgerufen wird. Männer sind eher von Stress am Arbeitsplatz und im Berufsleben betroffen, während bei Frauen oftmals das Problem der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben zu Stress führt. Ansätze zur Bekämpfung von Stress am Arbeitsplatz zur Förderung der psychischen Gesundheit wurden im vorherigen Kapitel thematisiert (vgl. Kap. 4.2.2.1 Lebensphase Erwachsenenalter). Ansätze, welche Eltern darin unterstützen, Berufsleben und Familienarbeit zu vereinen und damit die psychische Gesundheit zu fördern, tauchten aber in den Resultaten der systematischen Literaturrecherche nicht auf. Am ehesten scheinen noch Interventionsansätze, welche in der Lebensphase Schwangerschaft/frühe Kindheit (vgl. Kap. 4.2.2.1) vorgestellt wurden, auf diese Problematik zugeschnitten, da diese auch die Erziehungskompetenz der Eltern und deren psychische Gesundheit zu fördern suchen oder Entlastung in Form von Kinderbetreuungsangeboten schaffen.

Frauen sind häufiger als Männer von Depression betroffen und dies konnte in Zusammenhang mit ungleich verteilten psychosozialen Ressourcen gebracht werden (vgl. Nolen-Hoeksema et al. 1999). Beispielsweise konnte aufgezeigt werden, dass Frauen öfter als Männer chronischen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, dass sie eher ein tiefes Gefühl des Beherrschens (*mastery*) besitzen und Problemen eher mit Grübeln begegnen. Diese Faktoren wiederum stehen in engem Zusammenhang mit depressiven Störungen (Nolen-Hoeksema et al. 1999). Aus diesem Grund ist die Förderung von psychosozialen Ressourcen (z.B. Förderung von *mastery*) ein wichtiger Aspekt, um genderspezifische Chancenungleichheiten auszugleichen. Interventionsstudien zu dieser Thematik konnten aber über die vorliegende systematische Literaturrecherche nicht identifiziert werden.

Relevant in Bezug auf Gender ist überdies, dass bisher der Einbezug von Vätern in solche Interventionen im Kleinkind- und Kindesalter bisher relativ gering ist und die Wirkung dieser Untervertretung noch wenig untersucht ist (Panter-Brick et al. 2014). Viele dieser Elternangebote richten sich entweder ausschliesslich an Mütter oder weisen jeweils nur wenige Väter unter den Teilnehmenden auf (Panter-Brick et al. 2014). Ein Beispiel für ersteres ist das oben erwähnten Programm *Nurse Family Partnership* in den USA (vgl. Sharma et al. 2017), welches sich laut Panter-Brick et al. (2014) ausschliesslich an benachteiligte Mütter, nicht aber an Väter richtet. Als ein Beispiel einer erfolgreichen Intervention mit beiden Elternteilen nennen Panter-Brick et al. (2014) die Studie *Family Foundations*. Die Intervention wurde im Rahmen von existierenden Geburtsvorbereitungskursen – also in einem relativ stigmafremen Setting – durchgeführt. Neben der Förderung des kindlichen Wohlbefindens stand unter anderem auch die Stärkung der Paarbeziehung im Vordergrund (Brown et al. 2012). Da Väter mit ihrem Erziehungsverhalten und allfälligen psychischen Problemen die psychische Gesundheit der Kinder auch massgeblich mitbeeinflussen, könnte angenommen werden, dass ein Einschluss von Vätern die Wirksamkeit von solchen Interventionen verstärkt (Panter-Brick et al. 2014). Auch böten diese womöglich eine geeignete Plattform, besonders wenn Väter auch daran teilnehmen, den Stress zu thematisieren, der durch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie entsteht.

Migrationshintergrund:

Zur Förderung der psychischen Gesundheit der Migrationsbevölkerung (bzw. von Minoritätsgruppen) auf Projektebene konnte über die vorliegende Recherche nur wenig Literatur gefunden werden. Unter anderem wurden Achtsamkeitsbasierte Interventionen mit Minoritätsgruppen in den USA durchgeführt und konnten die psychische Gesundheit von benachteiligten afroamerikanischen Jugendlichen (Sibinga et al. 2016) und Latinos (Roth & Robbins 2004) verbessern. So führte ein adaptiertes achtsamkeitsbasiertes Programm zur Stressreduktion (*mindfulness-based stress reduction program*) nach Jon Kabat-Zinn in einer kontrollierten Interventionsstudie an benachteiligten, fast ausschliesslich von AfroamerikanerInnen besuchten Schule unter anderem zu weniger depressiven Störungen und einer Stärkung von Ressourcen. Zu den gestärkten Ressourcen gehörten zum Beispiel eine Reduktion von negativen Bewältigungsstrategien, weniger Grübeln (rumination) und weniger Selbsthass (Sibinga et al. 2016). Das Programm beinhaltete didaktisches Material zum Thema Achtsamkeit sowie die praktische Anwendung von Achtsamkeitstechniken im Gruppensetting, wie Meditationen, Yoga oder Körperbewusstsein. Zusätzlich wurde in Gruppengesprächen diskutiert, wie diese Techniken in den Alltag integriert und wie allfällige Barrieren dazu überwunden werden können (Sibinga et al. 2016). Studien mit AfroamerikanerInnen aus den USA konnten zeigen, dass eine generell hohe Achtsamkeit (*trait mindfulness*) ein Schutzfaktor ist, welcher die Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung auf die psychische Gesundheit abfedert und so Depression und Angst vermindert (Brown-Ianuzzi et

al. 2014, Graham et al. 2013). Dies unterstreicht das Potential von achtsamkeitsbasierten Interventionen mit benachteiligten Gruppen, z.B. von Teilen der Migrationsbevölkerung, welche aufgrund ihres Minderheitenstatus Stress und Diskriminierung erleben.

Genderidentität und/oder sexuelle Orientierung:

LGBT sind sowohl im Jugend- wie auch Erwachsenenalter einem erhöhten Risiko für psychische Störungen ausgesetzt. Dazu gehören Depressionen, Angststörungen und eine erhöhte Suizidalität (Plöderl & Tremblay 2015). Bis jetzt gibt es aber kaum evidenzbasierte Interventionen, welche auf die psychische Gesundheit von LGBT fokussieren. Im Folgenden werden zuerst Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit allgemein, dann Ansätze zur Suizidprävention vorgestellt, gefolgt von Bemerkungen zur Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT Erwachsenen und der Berücksichtigung von LGBT in generellen Interventionsstudien.

Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit allgemein: In der Lebensphase Jugend und junge Erwachsene gibt es Evidenz dafür, dass bereits eine Schule mit einem gesundheitsfördernden, offenen Klima die psychische Gesundheit von LGBT oder transidenten Menschen fördern kann (PREOS 2011, White Hughto et al. 2015). Daneben ist auch die Förderung von psychosozialen Ressourcen, wie zum Beispiel die Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen, ein vielversprechender Ansatz. Einerseits sind psychosoziale Ressourcen ungleich verteilt. Das heisst, dass beispielsweise mehr schwule als heterosexuelle Männer ein tiefes Gefühl des Beherrschens (*mastery*) besitzen (Wang et al. 2018). Diese und weitere psychosoziale Ressourcen moderieren ihrerseits die Wirkung von Stress auf die psychische Gesundheit. LGBT sind oft besonders benachteiligt, da sie neben einer tiefen Ausstattung mit psychosozialen auch einem erhöhten Mass an Stress ausgesetzt sind (Wang et al. 2018). Die negative Wirkung von Stress, unter anderem auch von Opfer Erfahrungen (Viktimisierung), welche in engem Zusammenhang mit Depression und Suizidalität stehen, kann von psychosozialen Ressourcen massiv abgefedert werden (Wang et al. 2018).

Zur Stärkung der psychosozialen Ressourcen gibt es Studien, welche die Wirkung des Ansatzes der sozio-emotionalen Kompetenzen bei LGBT Jugendlichen untersuchen und zu vielversprechenden Resultaten kommen (Craig & Austin 2016, Smith et al. 2017). Eine Pilotstudie mit LGBT Jugendlichen, welche einen CBT Ansatz kombiniert mit Techniken der positiven Identitätsbildung (*affirmative approach*) anwandte, konnte bereits nach einer kurzen Intervention depressive Symptome unter den Teilnehmenden signifikant verringern (Craig & Austin 2016). Zudem wurde Stress weniger mehr als Bedrohung sondern als Herausforderung empfunden und die Fähigkeit zur reflektierenden Bewältigung von Problemen nahm zu (Craig & Austin 2016). Eine weitere Pilotstudie versuchte ebenfalls mit kognitiven Verhaltenstechniken die Resilienz gegenüber dem (Minoritäts-) Stress von schwulen und bisexuellen Jugendlichen zu fördern (Smith et al. 2017). Die Intervention konnte

erfolgreich das Selbstvertrauen stärken, Einsamkeit verringern und in gewissen Aspekten den Umgang mit Minoritätsstress verbessern (z.B. konnte internalisierte Homophobie verringert werden) (Smith et al. 2017).

Weiter werden auch Interventionen zur Vernetzung und sozialen Unterstützung als Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT genannt. Ein Beispiel einer solchen Intervention ist das Programm *Hatch Youth* aus den USA, welches erfolgreich zu einer Reduktion von depressiven Symptomen, höherem Selbstvertrauen und besseren Problembewältigungsfähigkeiten unter den Teilnehmenden führte (Wilkerson et al. 2017). Das untersuchte Programm bot mehrmals wöchentlich Treffen für LGBT Jugendliche an, welche in drei Teile gegliedert waren: zuerst gab es unstrukturierte Zeit für soziale Interaktionen, gefolgt von einer edukativen Komponente und schliesslich einer durch Peers geführten Selbsthilfegruppe (Wilkerson et al. 2017). In diesem Sinne wird auch generell die Schaffung von LGBT Beratungsstellen und Austauschtreffs gefordert (PREOS 2011). Diese können eine längerfristige Wirkung entfalten und sind nicht nur für Betroffene wichtig, sondern auch für Angehörige (PREOS 2011). Auch in Bezug auf Transmenschen werden als erfolgsversprechende Ansätze die Vernetzung, wie auch *Advocacy* Aktivitäten genannt, welche noch mehr Forschung bedürften (White Hughto et al. 2015). Selbsthilfegruppen für Angehörige sind gerade auch für Transmenschen wichtig. Sie können die Familie unter anderem darin unterstützen, eine positive, humanisierende Haltung gegenüber dem transidenten Familienmitglied einzunehmen. Diese Angebote können somit dazu beitragen, die Stigmatisierung bekämpfen und dabei auch Allianzen für LGBT-Anliegen in der breiteren Gesellschaft schaffen (White Hughto et al. 2015).

Ansätze zur Suizidprävention: Da LGBT im Jugend- und Erwachsenenalter ein markant höheres Suizidrisiko aufweisen als Heterosexuelle (Marshall 2016, Yildiz 2018), ist die Suizidprävention in dieser Gruppe in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus gerückt (vgl. Kap. 3.1 Schweiz). Noch fehlt es in diesem Bereich aber an evidenzbasierten Interventionen, welche sich spezifisch an LGBT richten (Marshall 2016). Universelle Ansätze zur Förderung eines offenen Schulklimas⁶² erwiesen sich hingegen bereits als effektiv in der Suizidprävention, wenn sie die Dimension der sexuellen Orientierung berücksichtigten. Solche schulbasierten Ansätze führten nachweislich zu einem Rückgang von Suizidversuchen und von suizidalen Gedanken bei schwulen, lesbischen und bisexuellen Jugendlichen (Hatzenbuehler et al. 2014, Hatzenbuehler & Keyes 2013, Saewyc et al. 2014). Erfolgreich sind beispielsweise Anti-Bullying Policies und Gay-Straight Allianzen⁶³. Diese konnten auch bei heterosexuellen männlichen (aber nicht weiblichen) Jugendlichen mit einem verringerten Suizidrisiko in Verbindung gebracht werden. Dies aber nur, wenn sich

⁶² In der Schweiz gibt es solche Ansätze, welche die Dimension der sexuellen Orientierung berücksichtigen, in den Kantonen Waadt und Genf (vgl. Kap. 3.1).

⁶³ Gay-Straight Allianzen sind von Schülerinnen und Schülern organisierte Clubs, in denen alle mitmachen können, ungeachtet ihrer sexuellen Orientierung. Die Clubs haben zum Ziel, ein offenes Schulklima zu fördern, für LGBT Anliegen zu sensibilisieren und LGBT SchülerInnen zu unterstützen (GLSEN 2007). In den USA bietet unter anderem das Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN) Tools für solche Allianzen und Anti-Bullying Policies an: <https://www.glsen.org/>.

solche Policies und Allianzen über einen längeren Zeitraum etablierten, d.h. ab einer Dauer von drei Jahren (Saewyc et al. 2014). Laut Hatzenbuehler et al. (2013) sind Massnahmen zu einem positiven Schulklima besonders dann erfolgreich, wenn sie 1) LGBT Jugendlichen einen sicheren Raum (safe space) bieten und eine Gay-Straight Allianz beinhalten. Erfolgreiche Ansätze bieten zudem 2) Lehrpläne an, welche LGBT relevante Gesundheitsinformationen miteinschliessen, 3) verbieten Bullying aufgrund der sexuellen Orientierung und/oder Genderidentität und 4) fördern zudem die Fortbildung der Lehrkräfte, damit diese ein sicheres Schulklima schaffen können. Schliesslich nehmen erfolgreiche Schulinterventionen auch 5) eine Vernetzung mit geeigneten LGBT freundlichen Gesundheitsanbietern ausserhalb der Schule vor (Hatzenbuehler et al. 2014). Diese Massnahmen entsprechen den Kategorien des U.S. Centers for Disease Control and Prevention, anhand derer ein LGBT freundliches Schulklima im Rahmen der alle zwei Jahre erhobenen School Health Profiles gemessen wird (Demissie et al. 2013). Eine randomisierte Cluster Studie an U.S. Schulen wird zurzeit durchgeführt, um den Effekt dieser fünf Massnahmen auf die psychische Gesundheit und insbesondere auf die Suizidalität, von LGBT Jugendlichen gezielt zu überprüfen (Willging et al. 2016). Nachholbedarf besteht momentan in Bezug auf Transmenschen, da keine der obengenannten Studien zu einem offenen Schulklima bisher die Genderidentität mitberücksichtigte.

Nebst Interventionen zu einem positiven Schulklima gibt es weitere Ansätze zur Suizidprävention, wie Hotlines, Sensibilisierungskampagnen, Gatekeeper Programme, sowie die klinische Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie, welche aber bisher nicht auf ihre Wirkung auf LGBT untersucht worden sind (Marshall 2016). In Anlehnung an die Empfehlungen des U.S. Suicide Prevention Resource Center, empfiehlt Marshall (2016) deshalb die Öffnung solcher existierender Suizidpräventionsprogramme für die Anliegen von LGBT Jugendlichen. Dies kann zum einen über die Vermittlung von Informationen an Fachpersonen in existierenden Programmen und in Informationsmaterial für Schulen und mittels Kampagnen geschehen. Zudem werden partizipative Ansätze empfohlen, wo LGBT Jugendliche und Organisationen direkt in die Programmentwicklung und Evaluation einbezogen werden. Auch sollen geeignete, zielgruppengerechte Fachstellen identifiziert werden, an welche suizidale LGBT Jugendliche von Krisentelefonen, Gatekeepern oder Screeningprogrammen verwiesen werden können (Marshall 2016). Weiter wird zudem der Peer Support Ansatz empfohlen, da LGBT Jugendliche ihre Probleme oft zuerst Gleichgesinnten anvertrauen (Marshall 2016). Ähnlich sind Gatekeeper Programme vielversprechend, wo Peers oder Fachpersonen, welche mit Jugendlichen arbeiten, gefährdete Jugendliche identifizieren und an Fachstellen weiterleiten (Marshall 2016). Zudem wird empfohlen, dass die Suizidprävention LGBT spezifische Ressourcen und protektive Faktoren betont und die Familienmitglieder unterstützt (Marshall 2016). Ein Beispiel, wie ein existierender Ansatz adaptiert werden kann, um den Bedürfnissen von LGBT Jugendlichen gerechter zu werden, ist die Erweiterung der kognitiven Verhaltenstherapie durch Techniken zur positiven Identitätsbildung (affirmative approach) (Marshall 2016). Neben der Öffnung von bestehenden Angeboten, können auch zielgruppenspezifische Angebote angezeigt sein. Beispielsweise zeigte eine Studie in den USA, dass

eine LGBT spezifische Krisenlinie⁶⁴ von betroffenen Jugendlichen eher genutzt wird als Telefonlinien für die generelle Bevölkerung (Goldbach et al. 2018).

Auch die Behandlung von Depression ist ein wichtiger Ansatz in der Suizidprävention. Sowohl LGBT Jugendliche wie auch Erwachsene haben ein erhöhtes Risiko für Depression. Depression und Suizidversuche können bei LGBT oftmals auf gemeinsame Ursachen zurückgeführt werden (vgl. z.B. Wang et al. 2014, Wang et al. 2015). Die Bekämpfung von Depression als Strategie zur Suizidprävention verdient deshalb in der Zielgruppe der LGBT besondere Aufmerksamkeit. Ein Beispiel für eine solche Intervention ist das Projekt Blues-out aus Genf, für welches die evidenzbasierte Kampagne Allianz gegen Depression auf die Zielgruppe der Schwulen und Lesben zugeschnitten wurde (Wang et al. 2013). Die Kampagne bestand aus zwei Promotionswellen mit Postern und Broschüren und einer Webseite, welche unter anderem Informationen zu Depression, eine Checkliste mit Symptomen und eine Liste von gay-friendly Gesundheitsanbietern anbot (Wang et al. 2013). Die Kampagne führte zu einer besseren *Mental Health-Literacy* und auch zu Verbesserungen in der psychischen Gesundheit von schwulen Männern. Beispielsweise konnten jene Männer, die die Kampagne wahrgenommen hatten, Depression eher korrekt identifizieren, als jene, die nicht von der Kampagne wussten. Auch waren sie eher informiert über das erhöhte Risiko für Depression von schwulen Männern und werteten die Inanspruchnahme von psychologischen Therapien und das Aufsuchen von Spezialisten positiver (Wang et al. 2013). Blues-out galt als die erste solche Intervention bei Schwulen und Lesben weltweit. Unseres Wissens wurden aber seither keine weiteren diesbezüglichen Studien durchgeführt.

Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT Erwachsenen: Ein Grossteil der in den Abschnitten zur Förderung der psychischen Gesundheit und Suizidprävention vorgestellten Literatur fokussiert auf Jugendliche. Nebst der obengenannten Studie zur Bekämpfung von Depression konnte zur Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT im Erwachsenenalter keine weitere Intervention gefunden werden. Ein Thema ist allenfalls die Sensibilisierung von Akteuren der Regelversorgung, damit diese besser auf die Bedürfnisse von LGBT Menschen eingehen können (vgl. Ansätze auf struktureller Ebene, Kap. 4.2.1.3 und Studien z.B. von Dubin et al. 2018, Richards et al. 2016, Sekoni et al. 2017, Yarns et al. 2016, Mizock 2017).

Berücksichtigung von LGBT in generellen Interventionen: In generellen Interventionsstudien im Bereich der psychischen Gesundheit findet – gleichsam wie im Bereich Bewegung und Ernährung (vgl. Kap. 4.1.2.2) – die Benachteiligungsdimension der sexuellen Orientierung und/oder Genderidentität bisher praktisch keine Berücksichtigung. In einem Review von 232 kontrollierten Studien zur Behandlung oder Prävention von Depressionen und Angststörungen beispielsweise konnte nur eine Intervention gefunden werden, welche Angaben zur sexuellen Orientierung machte (Heck et al. 2017). Die besagte Intervention richtete sich an HIV-positive Personen. Keine der untersuchten Studien berücksichtigte die Genderidentität. Die

⁶⁴ <https://www.thetrevorproject.org/get-help-now/>

Autoren fordern deshalb, dass Angaben zur sexuellen Orientierung und der Genderidentität künftig von allen randomisierten kontrollierten Studien im Bereich der psychischen Gesundheit systematisch erhoben und publiziert werden. Diese Daten könnten dann für gepoolte Sekundäranalysen verwendet werden, um eine eventuelle ungleiche Wirkung von Interventionen entlang dieser Benachteiligungsdimension zu untersuchen und, falls angezeigt, zielgruppenspezifische Anpassungen zu entwickeln (Heck et al. 2017). Hier ist aber anzumerken, dass die Minderheiten klein sind, und es deshalb viele Studienergebnisse braucht, die gepoolt werden müssten. Die Durchführung von zielgruppenspezifischen Interventionen mit LGBT ist deshalb eine weitere wichtige – und schnellere – Strategie, um die Evidenzbasis zu wirksamen Ansätzen und Erfolgskriterien zu erweitern.

4.2.3 Good-Practice Beispiele

Im Folgenden werden Beispiele von Projekten zur Förderung der psychischen Gesundheit aus der Schweiz vorgestellt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass die Projekte gut dokumentiert sind, dass die in der Literaturrecherche herausgearbeiteten Erfolgskriterien illustriert werden und dass die Beispiele verschiedene Lebensphasen und Benachteiligungsdimensionen abdecken. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben (vgl. Auswahlkriterien Kap. 2.3).

- **Gesundheitsfördernde Schulen, z.B. Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen SNGS 1997-2017, neu schulnetz21** (<https://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Schweizerisches-Netzwerk-Gesundheitsfoerdernder-Schulen-SNGS-19972017/PXoYa/>): Das Netzwerk der gesundheitsfördernden Schulen setzt sich für die Implementierung von Leitlinien zur Gesundheitsförderung ein. In diesem Programm werden die Leitlinien und deren Qualitätskriterien definiert sowie Praxisbeispiele aufgezeigt, sodass neu eintretende Schulen sich danach orientieren können. Das Netzwerk bietet den teilnehmenden Schulen des Weiteren eine Vernetzungsplattform.
- **Sensibilisierung für sexuelle Orientierung, Diversität, z.B. GLL – Das andere Schulprojekt** (<https://www.gll.ch>): Das Schulprojekt GLL (Gleichgeschlechtliche Liebe Leben) führt Schulbesuche und Workshops zum Thema sexuelle Orientierung und Anderssein durch. Die Auseinandersetzung mit dem Thema geschieht über die persönlichen Lebensgeschichten und das Coming-out der Schulbesucher*innen. Ein sachlicher Ueberblick über das Thema wird geboten. Die Schulbesuche sollen auch ein positives Klassenklima fördern.
- **Kampagne zum Umgang mit Suizidgedanken, z.B. Suizidprävention Kanton Zürich oder Pro Juventute** (<http://www.reden-kann-retten.ch/> oder <https://www.147.ch/de/suizidpraevention/>): Die nationale Suizidpräventionskampagne „Reden kann retten“ wurde von der SBB und dem Kanton Zürich zusammen mit weiteren Partnern durchgeführt, mit dem Ziel, Suizidgedanken zu enttabuisieren und Personen zu befähigen, mit

Betroffenen über dieses Thema zu sprechen. Insbesondere die erweiterte Kampagne für Jugendliche im 2018 arbeitet mit personifizierten Geschichten, die unterschiedliche Jugendliche anzusprechen gedenken.

- **Austauschtreffen für homosexuelle Männer, z.B. Être Gai Ensemble** (<http://www.dialogai.org/services/etre-gai-ensemble/> und https://www.santegaie.ch/medias/2017/10/Evaluation_EGE-2005-1.pdf): Das Programm Être Gai Ensemble wird von der Organisation Dialogai getragen und beinhaltet unter anderem die Durchführung von Austauschateliers, Referaten und Ausstellungen zum Thema Homosexualität. Die Ziele bestehen darin, die psychische Gesundheit von homosexuellen Männern zu fördern, indem sie darin unterstützt werden, die eigene Homosexualität zu akzeptieren und ein soziales, tragendes Netzwerk aufzubauen.
- **Offene Gesprächsnachmittage für sozial isolierte Personen, z.B. für verwitwete Frauen in Zürich** (<http://www.vefz.ch/treffpunkte/>): Ältere, verwitwete Frauen wird die Möglichkeit geboten, unter gleich Betroffenen ihre Anliegen und Fragen zu thematisieren und gleichzeitig neue Kontakte zu knüpfen. Die Frauen werden zusätzlich in der Planung und Gestaltung von gemeinsamen Aktivitäten einbezogen und befähigt, selbst gemeinsame Anlässe durchzuführen.
- **MigrantInnen leben gesund im Alter: Alkoholprävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz** (<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/aeltere-menschen/projekte.html>) Das Projekt verfolgt das Ziel, die Gesundheitskompetenz von MigrantInnen 65+ im Bereich der psychischen Gesundheit zu stärken und sie sowie ihre Angehörigen mit den bestehenden Entlastungs- und Unterstützungsangeboten vertraut zu machen. Zudem werden insbesondere Suchtbelastungen anvisiert und als Folge von psychosozialen Problemlagen gezielt entstigmatisiert. Die Zielgruppen werden via Medienarbeit für die Thematik der psychischen Gesundheit und den risikoreichen Alkoholkonsum sensibilisiert. Methodisch baut das Projekt auf einem beziehungsgeleiteten und aufsuchenden Vorgehen sowie einem MultiplikatorInnen-Ansatz auf. Das Projekt geht über die reine Informations- und Wissensvermittlung durch externe Fachpersonen hinaus und verankert die Thematik der psychischen Gesundheit und des risikoreichen Alkoholkonsums im Alter mittels Veranstaltungen in den Strukturen der Migrations-Communities. Im Rahmen des Pilots werden die Grundlagen eines in den KAP-Kantonen multiplizierbaren Angebots zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Alkoholprävention bei der älteren Migrationsbevölkerung und deren Angehörigen erarbeitet.

4.2.4 Forschungslücken und Limitierungen

Im Bereich von strukturellen Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit ist anzumerken, dass deren Wirkung auf Benachteiligungen sehr kontextabhängig ist und je nach Land und Setting unterschiedlich sein kann. Dies ist insbesondere bei Policies zur Verbesserung der ökonomischen Situation, wie fairen Mindestlöhnen, Umverteilung von Geldern, Vermeidung von Schulden, etc. der Fall (Wahlbeck et al. 2017). Auch ist zum Teil die Wirkung auf die psychische Gesundheit solcher Massnahmen schwierig zu messen. Existierende Studien, beispielsweise zu Steuervergünstigungen für Erwerbstätige, weisen zudem zum Teil methodologische Mängel, wie eine ungenügende Kontrolle von Störfaktoren, auf (Pega et al. 2013).

Auch auf Projekt-Ebene bemängeln verschiedene Reviews die methodologische Qualität der untersuchten Studien. Beispielsweise konnten zur Wirkung von körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit vor allem Querschnittstudien gefunden werden (Biddle et al. 2011, Eime et al. 2013). Bei schulbasierten Interventionen wird zudem bemängelt, dass bisher kaum Daten zur Langzeitwirkung erhoben wurden (Dray et al. 2017). Auch im Setting der Schule wurden einige untersuchte Studien als methodisch schwach eingestuft und wiesen beispielsweise keine Kontrollgruppe auf (Salerno 2016).

Basierend aus den Erkenntnissen der vorliegenden Literaturrecherche können im Bereich der psychischen Gesundheit eine vergleichsweise grosse Anzahl an Forschungslücken identifiziert werden, welche bereits in den Vorkapiteln thematisiert wurden. Die Wichtigsten werden in den folgenden Abschnitten weiter ausgeführt. Erstens konnten insgesamt, verglichen mit den anderen Bereichen, nur wenige Reviews gefunden werden. Dies mag zum Teil an der Suchstrategie liegen, beispielsweise, dass mögliche relevante Datenbanken wie PsycINFO nicht berücksichtigt wurden. Jedoch bestätigen andere Studien, dass in der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit noch ein grosser Forschungsbedarf besteht (vgl. Enns et al. 2016). Laut dem Scoping Review von Enns et al. (2016) liegt dies unter anderem daran, dass viele Studien im Bereich der psychischen Gesundheit eher auf die Behandlung existierender psychischer Störungen denn auf die Gesundheitsförderung und auf die Prävention fokussieren. Weiter mag der Zeitraum der untersuchten Literatur von fünf Jahren für den Bereich der psychischen Gesundheit zu kurz gefasst sein. Wichtige frühere Publikationen konnten aber zum Teil über den Beitrag der Expertengruppe identifiziert werden.

Zweitens ist weitere Forschung nötig, um universelle, nicht-zielgruppenspezifische Interventionen auf ihre Wirkung auf die Benachteiligung zu untersuchen (vgl. Perrino et al. 2015, Sandler et al. 2014). Vor allem in den Lebensphasen der Kindheit und Jugend existieren erfolgreiche, universelle Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit. Dazu gehören Unterstützungsprogramme in Erziehungsaufgaben für Eltern, z.B. Triple-P (vgl. Morrison et al. 2014, Welsh et al. 2015) und Interventionen in Schulen zur Förderung der psychischen Gesundheit, insbesondere

Ansätze zur Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen und/ oder Resilienz (vgl. Durlak et al. 2011, Sklad et al. 2012, Taylor et al., 2017, Dray et al. 2017). Für Interventionen im schulischen Setting gibt es eine Anzahl von Studien zum sozio-emotionalen Lernen, welche mit benachteiligten SchülerInnen durchgeführt wurden (Sklad et al. 2012, Taylor et al., 2017). Auch achtsamkeitsbasierte Interventionen mit benachteiligten Jugendlichen sind bekannt (vgl. Zenner et al. 2014, Zoogman et al. 2015). Auf der Ebene von Reviews von schulischen Interventionen gibt es aber kaum Wirkungsanalysen zur Chancengerechtigkeit⁶⁵. Am besten untersucht ist die Wirkung in Bezug auf die Benachteiligungsdimension Gender, wo gemischte Resultate vorliegen (Dray et al. 2017, Franklin et al. 2017). Auch in Bezug auf Gender besteht jedoch noch Forschungsbedarf, um mögliche Ursachen für differenzielle Gendereffekte und Erfolgsfaktoren zu identifizieren. Perrino et al. (2015) schlagen deshalb vor, dass zukünftige Forschung die folgenden Punkte berücksichtigen soll, damit diese Wissenslücke geschlossen werden kann: 1) Die Anzahl Teilnehmenden aus benachteiligten Gruppen in universellen Studien soll erhöht werden; 2) die Daten aus existierenden Studien sollen gepoolt untersucht werden; 3) die Implementierung von Interventionen soll stärker erforscht werden, z.B. mithilfe von partizipativen Ansätzen, damit die Beteiligung von benachteiligten Gruppen gesteigert werden kann; 4) eine Pflicht zur Verwendung von evidenzbasierten Ansätzen ist auf Policy-Ebene zu verankern; 5) die Diversität unter Forschenden ist zu fördern (Perrino et al. 2015).

Drittens beziehen sich die vorgestellten Ansätze und Erfolgskriterien im Erwachsenenalter vor allem auf Interventionen, die bei den sozialen Determinanten für psychische Gesundheit ansetzen, wie z.B. Trainingsprogramme zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. Studien zur Chancengerechtigkeit von Interventionen, die direkt die psychische Gesundheit stärken, z.B. mit achtsamkeitsbasierten Ansätzen oder Ansätze zur Prävention von Depression, konnten über die vorliegende Literaturrecherche nicht identifiziert werden. Offen ist, ob es sich hier um eine Forschungslücke handelt oder ob die Ansätze aufgrund der Einschränkungen in der Literaturrecherche (Zeitraum, Suchstrategie, s.o.) nicht ermittelt werden konnten.

Viertens besteht ein Forschungsbedarf in Bezug auf bestimmte benachteiligte Gruppen. Dies sind: 1) Benachteiligte Menschen im höheren Alter, 2) Migrantinnen und Migranten, 3) LGBT Menschen. Zur Förderung der Gesundheit im Alter gibt es noch vergleichsweise wenige Interventionsstudien (Wahlbeck et al. 2017) und insbesondere gibt es nur wenige, welche mit älteren Personen aus benachteiligten Gruppen (z.B. mit Migrationshintergrund) durchgeführt wurden (Lood et al. 2015). Vergleichsweise wenig Literatur konnte auch in Bezug auf die Förderung der psychischen Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund gefunden werden. Aufgrund des Reviews von Yasui et al. (2017) kann angenommen werden, dass in diesem Bereich tatsächlich noch eine grosse Forschungslücke besteht. Dies obwohl bekannt ist, dass für Teile der Migrationsbevölkerung psychische Störungen ein

⁶⁵ Eine Ausnahme ist Taylor et al. (2017), welche keine Wirkungsunterschiede von Interventionen zum sozio-emotionalen Lernen entlang von Benachteiligungsdimensionen (sozioökonomischer Status, Ort der Schule, „race“) fand.

Tabu darstellen können und die Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe zum Teil stark stigmatisiert ist (Yasui et al. 2017, Guruge et al. 2017). Weiter gibt es bisher wenig Forschung zu spezifisch auf LGBT Menschen ausgerichteten Ansätzen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Suizidprävention. Im Vergleich zur sexuellen Orientierung wurde der Genderidentität bisher noch weniger Beachtung geschenkt. Die Genderidentität wurde beispielsweise auch bei Interventionen zur Förderung eines offenen Schulklimas bisher nicht berücksichtigt (vgl. Marshall 2016). In generellen Interventionsstudien werden bisher auch praktisch nie Daten zur sexuellen Orientierung und der Genderidentität erhoben. Dies wäre aber wichtig, um die Wirkung dieser Interventionen auf diese Benachteiligungsdimensionen, beispielsweise mittels gepoolter Sekundäranalysen, abschätzen zu können (Heck et al. 2017). Zudem sollten vermehrt qualitativ gute Interventionsstudien in der Zielgruppe der LGBT durchgeführt werden. Schliesslich konnten mittels der vorliegenden Literaturrecherche kaum Studien identifiziert werden, welche sich mit der Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT Erwachsenen (im Gegensatz zu LGBT Jugendlichen) beschäftigen.

Fünftens gibt es mehrere Ansätze, welche als potentiell geeignet für die Förderung der psychischen Gesundheit von benachteiligten Personen beschrieben werden, wo aber noch Forschungsbedarf besteht. Dies sind einerseits technologiebasierte Ansätze. Nur wenige Studien scheinen hierzu im Zusammenhang mit benachteiligten Gruppen publiziert zu sein. Dies obwohl mehrere Reviews unterstreichen, dass gerade webbasierte Interventionen das Potential haben, benachteiligte Personen und solche, die sich vor Stigmatisierung fürchten, zu erreichen (vgl. Welsh et al. 2015, Ramsey & Montgomery 2014). Weitere Ansätze, zu denen wenig Forschung gefunden werden konnten, betreffen Interventionen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz (Allen et al. 2014) und die Bekämpfung von sozialer Isolation durch „social prescribing“ (Wahlbeck et al. 2017, Johnson 2017). Wenige Hinweise tauchten auch zu gendersensiblen Ansätzen in den Resultaten der systematischen Literaturrecherche auf. Solche Ansätze, wie das Gender Mainstreaming, welches seit längerer Zeit praktiziert wird, wurden weder im Zusammenhang mit Interventionen auf struktureller Ebene noch auf Projekt-Ebene erwähnt. Dies obwohl es Anzeichen für ungleiche Wirkungen oder Genderstereotypisierungen bei Interventionen auf beiden Ebenen gibt (vgl. Panter-Brick et al. 2014, Dray et al. 2017, Franklin et al. 2017) und genderspezifische Unterschiede in den Ursachen für psychische Störungen bekannt sind (z.B. Nolen-Hoeksema et al. 1999).

4.2.5 Zwischenfazit: Psychische Gesundheit

In diesem Zwischenfazit werden die Ansätze und Erfolgskriterien für eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit zusammengefasst. Zuerst werden die Erkenntnisse für Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status auf struktureller Ebene vorgestellt, gefolgt von Ansätzen auf Projektebene (nach Lebensphasen gegliedert). Schliesslich werden Ansätze für die horizontalen Benachteiligungsmerkmale Gender, Migrationshintergrund

sowie sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität (auf Struktur- und Projektebene) zusammengefasst.

Strukturelle Ebene: Für die chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit nehmen strukturelle Massnahmen einen wichtigen Stellenwert ein. Dazu gehören unter anderem Interventionen zur Verbesserung der ökonomischen Situation und zum Armutsabbau (z.B. Mindestlöhne, Umverteilung von Geldern, Vorbeugung von Schulden) und zur Verbesserung der Wohnsituation von benachteiligten Menschen (Wahlbeck et al. 2017, WHO 2014). Weiter können Interventionen die psychische Gesundheit von benachteiligten Gruppen fördern, wenn sie den Zugang zum Arbeitsmarkt, zum Gesundheitswesen, zu Gesundheitsinformationen und zu Erholungsräumen erleichtern und Strukturen schaffen, welche die soziale Integration fördern (Wahlbeck et al. 2017). Auch gesicherte Arbeitsverhältnisse und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen wirken sich positiv auf die psychische Gesundheit aus (Komro et al. 2013). Es muss beachtet werden, dass die Wirkungen von konkreten Policies auf die Chancengerechtigkeit, besonders jene zur Verbesserung der ökonomischen Situation, je nach Land und Setting unterschiedlich ausfallen können und im Einzelfall überprüft werden müssen (Wahlbeck et al. 2017). Auch können diese strukturellen Interventionen in Studien nicht immer messbar die psychische Gesundheit beeinflussen (z.B. Woodhall-Melnik et al. 2016). Sie zielen aber direkt auf eine Verbesserung der sozialen Determinanten von psychischer Gesundheit (vgl. WHO 2014) ab und bieten vielfach die Vorbedingungen, um gesundheitliche und soziale Probleme überhaupt anzugehen (Wahlbeck et al. 2017). Eine weitere wichtige Massnahme auf struktureller Ebene stellen Kampagnen zur Reduktion der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen dar. Diesbezüglich scheint die Kombination von Kontaktherstellung zu Betroffenen mit Wissensvermittlung am effektivsten zu sein (Guruge et al. 2017). Auf spezifische Lebensphasen ausgerichtete Ansätze auf Strukturebene, welche positive Wirkungen auf die Chancengleichheit erzielen konnten, sind der Zugang zu qualitativ guter Kinderbetreuung (Morrison et al. 2014) und gemeindeweite Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention von Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen (Welsh et al. 2015). Letzteres wurde im Programm *Communities that Care* erfolgreich erprobt, welches Gemeinden in der Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsplänen unterstützt (Kim et al. 2015).

Schwangerschaft/frühe Kindheit: Es besteht Einigkeit darüber, dass eine chancengerechte Förderung psychischer Gesundheit möglichst früh ansetzen muss, um sowohl psychische Probleme im Erwachsenenalter wie auch Übertragungen von psychischen Problemen auf künftige Generationen vorzubeugen (Morrison et al. 2014, Wahlbeck et al. 2017, Allen et al. 2014, Johnson 2017, WHO 2014). In der frühen Kindheit sind Unterstützungsprogramme der Eltern der zentrale Ansatz, welcher nachweislich eine positive Wirkung auf die Erziehungskompetenzen von Eltern und damit verbunden auf das psychische Wohlbefinden von benachteiligten Kindern haben (Wahlbeck et al. 2017). Diese Programme werden oft im Gruppen-setting angeboten, aber auch Hausbesuche oder eine Kombination beider Formen

ist möglich (Morrison et al. 2014). Ein zentrales Instrument der Interventionen sind meist Situationsvignetten aus dem Erziehungsalltag (Barlow et al. 2016). Folgenden Erfolgskriterien für gruppenbasierte Unterstützungsprogramme mit benachteiligten Eltern konnten in der untersuchten Literatur identifiziert werden: a) Beginn der Programme bereits während der Schwangerschaft (Morrison et al. 2014), b) die Koppelung mit Massnahmen zur Reduktion von logistischen Barrieren (Wahlbeck et al. 2017), c) die Rekrutierung und Durchführung in der Gemeinde anstatt in der medizinischen Regelversorgung, d) das Anbieten des Programms im Vorfeld zum Eintritt ins Schulsystem und e) die zeitliche Anpassung des Programmcurriculums an die Bedürfnisse der Zielgruppe (z.B. Behandlung eines Themas/ Situation, bis es beherrscht wird) (Reyno & McGrath 2006), f) die partizipative Einbindung von Organisationen der Zielgruppe bereits bei der Entwicklung oder Adaptierung der Programme (Robinson et al. 2009). Ein weiteres Erfolgskriterium stellen Hausbesuche dar. Dabei ist besonders eine Kombination von Hausbesuchen mit gruppenbasierten Angeboten sowohl für die Eltern wie auch für die Kinder erfolgsversprechend (Morrison et al. 2014). Die durchführende Person von Hausbesuchen sollte gut qualifiziert sein, d.h. entweder eine Fachperson oder ein Laie mit einem spezifischen Training (Wahlbeck et al. 2017, Morrison et al. 2014). Zu bemerken ist, dass viele universelle Elternunterstützungsprogramme, wie z.B. das bekannte *Triple-P* Programm, nicht auf ihre Chancengerechtigkeit untersucht sind (Morrison et al. 2014). Obengenannte Erkenntnisse wurden meist aus zielgruppenspezifischen Programmen abgeleitet.

Kindheit: In der Lebensphase Kindheit ist die Schule das zentrale Setting zur Förderung der psychischen Gesundheit. Zu Ansätzen in weiteren Settings, d.h. in der Familie/Pflegfamilie, zu technologiebasierten Ansätze und zur ausserschulischen Förderung der psychischen Gesundheit über die körperliche Aktivität ist die Evidenz zur Wirkung und Chancengerechtigkeit nur sehr bescheiden. Im schulischen Setting werden eine Reihe verschiedener Ansätze angewendet, welche unter unterschiedlichen Namen auftreten können und innerhalb derer im Einzelfall jeweils verschiedene Interventionskomponenten zur Anwendung kommen. Darunter haben sich unter anderem Ansätze zur Stärkung der Resilienz, der sozio-emotionalen Kompetenzen und der Lebenskompetenzen als wirksam zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern erwiesen (Wahlbeck et al. 2017, Dray et al. 2017, Durlak et al. 2011, Sklad et al. 2012, Taylor et al., 2017). Ansätze zu sozio-emotionalen Kompetenzen, worunter auch der Lebenskompetenzen-Ansatz subsummiert werden kann, beinhalten unter anderem die Förderung von Selbstvertrauen, Selbstmanagement, des sozialen Bewusstseins, der Beziehungsfähigkeiten und der Fähigkeit Entscheide zu treffen (Durlak et al. 2011). Resilienz fokussierte Ansätze zielen auf die Stärkung von protektiven Faktoren ab, wobei neben kognitiver Verhaltenstherapie auch wiederum die Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen, aber auch Achtsamkeitstraining oder der Ansatz der positiven Psychologie zur Anwendung kommen kann (Dray et al. 2017). Die Chancengerechtigkeit von schulischen Interventionen mit diesen Ansätzen ist noch wenig erforscht, da bei universellen Programmen bisher kaum Wirkungsanalysen entlang von Benachteiligungs-

dimensionen durchgeführt wurden. Ergebnisse aus Studien, welche mit mehrheitlich benachteiligten Kindern durchgeführt wurden, zeigen aber auf, dass diese Ansätze auch bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern und solchen mit Minderheitenhintergrund erfolgreich sind (Taylor et al. 2017, Welsh et al. 2015). Eine vertiefte Analyse von Erfolgskriterien für die Chancengerechtigkeit von Interventionen mit Ansätzen zur Resilienz oder zu sozio-emotionalen Kompetenzen steht aber noch aus.

Für schulische Interventionen, welche – unabhängig des Ansatzes – wirksam die psychische Gesundheit von benachteiligten Kindern fördern, wurde in der Literatur auf folgende Erfolgskriterien hingewiesen: a) die Durchführung durch Peers (Wahlbeck et al. 2017), b) interaktive Aktivitäten, c) periodische Follow-ups, d) der Einbezug mehrerer Ebenen (Komro et al. 2013) und d) der „Health promoting school approach“ der WHO (1996) – d.h. längerfristige, die gesamte Schule umfassende Interventionen auf mehreren Ebenen (Eltern, Lehrer, SchülerInnen). Ausserdem können auch schulische Interventionen zu anderen Gesundheitsbereichen bereits die psychische Gesundheit von benachteiligten Kindern fördern. Folgende thematische Schwerpunkte wurden einzeln und in Kombination als wirkungsvoll eingestuft: psychische Gesundheit, aggressives Verhalten, gesunde Ernährung und körperliche Aktivität (Stewart-Brown 2006).

Jugend und junge Erwachsene: Wie in der Kindheit findet auch in der Lebensphase Jugend und junge Erwachsene die Förderung der psychischen Gesundheit vor allem in der Form von universellen Interventionen im Setting Schule statt. Dabei haben sich Ansätze zur Stärkung der Resilienz, die Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen, wie auch achtsamkeitsbasierte Ansätze als erfolgreich erwiesen. Interventionen, welche die Resilienz (u.a. mittels kognitiver Verhaltenstherapie, aber auch mittels Stärkung der sozio-emotionalen Kompetenzen und/oder Achtsamkeitstraining) förderten, konnten erfolgreich Internalisierungsprobleme bei Jugendlichen verringern (Dray et al. 2017). Zudem belegen Studien, dass achtsamkeitsbasierten Interventionen an Schulen erfolgreich zur Förderung der Stressresistenz bei Jugendlichen beitragen (Zenner et al. 2014). Es liegen auch Wirksamkeitsnachweise spezifisch zu Ansätzen der sozio-emotionalen Kompetenzen vor, allerdings wurden diese weit weniger oft bei Jugendlichen als bei Kindern in Interventionsstudien angewandt (Taylor et al. 2017). Weiter konnten schulische Interventionen mit Fokus auf Mental Health-Literacy, auf Einstellungen zur psychischen Gesundheit und/oder auf Verhaltensänderungen (z.B. im Sinne einer vermehrten Beanspruchung von Hilfe) Erfolge erzielen. Allerdings lagen die Verbesserungen vor allem im Bereich der *Mental Health-Literacy*, nicht aber in der Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen (Salerno 2016). Letzteres gilt auch für Interventionen zur Suizidprävention (Salam et al. 2016).

Die Chancengerechtigkeit der oben beschriebenen universellen Interventionen an Schulen in der Lebensphase Jugend und junge Erwachsene ist noch kaum erforscht. Nur wenige Studien evaluieren die Wirkung dieser Interventionen entlang von Be-

nachteiligkeitsdimensionen. Auch nur eine relativ geringe Anzahl an Studien, welche mit mehrheitlich benachteiligten Jugendlichen durchgeführt wurden, konnte gefunden werden. Die wenigen Studien, Reviews und Meta-Analysen kommen zudem zu teilweise gegenteiligen Schlüssen. So gibt es solche, welche universelle schulbasierte Interventionen als chancenneutral (Zoogman et al. 2015) oder als chancenungerecht (Leijten et al. 2013) beurteilen. Es liegt aber auch eine etwas ältere Meta-Analyse vor, welche diese Interventionen als chancengerecht im Sinne des „proportionate universalism“ einstuft (d.h. benachteiligte Jugendliche profitieren stärker) (Stice et al. 2009). Die Vielzahl an unterschiedlichen Ansätzen und untersuchten Outcomes machen einen Vergleich dieser Resultate und die Ableitung von Empfehlungen schwierig.

Ausserhalb des schulischen Settings konnten familienzentrierte, zielgruppenspezifische Interventionen mit benachteiligten Jugendlichen mit Minoritätshintergrund in den USA erfolgreich das Wohlbefinden der Teilnehmenden steigern (Perrino et al., 2014). Diesen gemeinsam war, dass sie gruppenbasiert waren, sich an Eltern und Jugendliche gleichzeitig richteten, Erziehungskompetenzen und ein funktionierendes Familienleben stärkten. Ein weiterer Erfolgsfaktor war das Angebot der Interventionen (im Falle von Latinos) in der Muttersprache (Perrino et al., 2014). Uneinigkeit herrscht bezüglich der Wirksamkeit von Freizeitangeboten zum positive youth development (Komro et al., 2013, Salam et al. 2016). Ein Review, welches diese als wirksam bei benachteiligten Jugendlichen einstuft, identifiziert als Erfolgskriterien die Anwendung der SAFE Prinzipien (sequenced, active, focused, and explicit) und die gezielte Förderung von mindestens einer der folgenden Lebenskompetenzen mittels evidenzbasierter Methoden: Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Selbstbeherrschung, Problemlösung, Leadership, verantwortliche Entscheidungsfindung und Konfliktlösung (Komro et al. 2013). Wie in der Lebensphase Kindheit gibt es auch bei benachteiligten Jugendlichen praktisch keine Forschung zur Wirksamkeit von technologiebasierten Interventionen (Salam et al. 2016, MacDonell & Prinz 2017), sowie zur Förderung der psychischen Gesundheit mittels körperlicher Aktivität (Salam et al. 2016).

Erwachsenenalter: Im Erwachsenenalter konnten über die vorliegende Literaturrecherche vor allem Ansätze mit benachteiligten Gruppen ausgemacht werden, welche auf der Ebene von sozialen Determinanten ansetzen. Dazu gehören Trainingsprogramme zur Erleichterung der Arbeitssuche, welche sich vor allem dann als erfolgreich erwiesen, wenn sie gruppenbasiert waren, von den Teilnehmenden eine aktive Partizipation abverlangten und konkrete Fähigkeiten (z.B. soziales Netzwerk nutzen, Bewerbungsunterlagen erstellen, Bewerbungsgespräch meistern) vermittelten (Wahlbeck et al. 2017). Für Personen mit existierenden psychischen Störungen (oder mit psychischen Störungen in der Vergangenheit) attestieren Studien Wiedereingliederungsprogrammen in den primären Arbeitsmarkt einen verbesserten Effekt auf die psychische Gesundheit im Vergleich zu Beschäftigungsprogrammen. Zusätzlich zur Unterstützung bei der Stellensuche (s.o.) stellen für diese Interventionen auch die Vermittlung zwischen Arbeitgeber und Arbeit-

nehmer sowie die Betreuung der Arbeitnehmenden während des beruflichen Wiedereinstiegs Erfolgskriterien dar (Johnson 2017, Marshall 2016). Wenig Literatur konnte in Bezug auf die Förderung der psychischen Gesundheit mit benachteiligten Gruppen im Setting des Arbeitsplatzes identifiziert werden. Einzelne Studien lieferten positive Wirkungsnachweise von Arbeitgeberschulungen zum Thema psychische Gesundheit und von der Förderung der Arbeitnehmenden in Kommunikations- und Stressbewältigungsstrategien (Allen et al. 2014).

Daneben zeigten auch Massnahmen, welche die Arbeitsorganisation betreffen, z.B. Änderungen in der Organisation von Schichtarbeit, positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (Komro et al. 2013). Untersuchungen spezifisch zur Chancengerechtigkeit dieser Massnahmen konnten jedoch nicht identifiziert werden. In den Kinderschuhen steckt auch noch die Forschung zur Bekämpfung der sozialen Isolation von benachteiligten Personen mittels social prescribing. Dieser Ansatz zur gezielten Anbindung an geeignete soziale oder Freizeitangebote, welche bisher vor allem über Regelversorgung oder soziale Dienste geschieht, wird von verschiedenen Autoren als erfolgsversprechend eingestuft (Wahlbeck et al. 2017, Johnson, 2017). Weiter werden technologiebasierte Interventionen, welche mithilfe von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien vermittelt werden, ein grosses Potential zur Förderung der psychischen Gesundheit von benachteiligten Gruppen zugeschrieben (Ramsey & Montgomery 2014). Dies unter anderem, weil sie den Zugang zu Angeboten erleichtern und dank grösserer Anonymität eine Stigmatisierung verhindern können (Ramsey & Montgomery 2014). Vereinzelt Studien zu technologiebasierten Interventionen mit benachteiligten Gruppen liegen vor, wobei mehrheitlich eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit festgestellt wurde (Ramsey & Montgomery 2014). Benachteiligte Personen werteten den Zugang zu diesen Interventionen jedoch nicht immer als einfacher und anonymer als herkömmliche Angebote (z.B. bestanden Zweifel zur Datensicherheit) (Ramsey & Montgomery 2014).

Schliesslich konnten zur Förderung der psychischen Gesundheit mit stark benachteiligten Erwachsenen (z.B. obdachlose, drogenabhängige Personen) folgende erfolgreiche Ansätze und Erfolgskriterien identifiziert werden: a) die Förderung der körperlichen Aktivität bei stark benachteiligten Personen mit Suchtproblemen, b) die Kombination von individuellem Case Management mit Multikomponenten-Interventionen, c) die aktive Partizipation (z.B. über einen Peer Ansatz), d) ein niederschwelliger Zugang und d) unterstützende Werthaltungen der Fachpersonen (Luchenski et al. 2017).

Höheres Alter: Die Förderung der psychischen Gesundheit von älteren, benachteiligten Personen ist noch unzureichend erforscht. Dies obwohl gerade in dieser Phase kritische Lebensereignisse (z.B. Pensionierung, eigene Erkrankung, Verlust der Selbständigkeit, Tod eines Familienangehörigen etc.) wahrscheinlicher werden und die psychische Gesundheit zusätzlich belasten können (Dellenbach & Angst 2011, Schäffler et al. 2013). Im höheren Alter haben sich generell multidimensionale Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit als wirksam erwiesen

(Forsman et al. 2011, Lood et al. 2015). Unter multidimensional werden Interventionen verstanden, welche mehrere Ziele gleichzeitig verfolgen, wie z.B. die Steigerung von sozialen Aktivitäten und Gemeinwesenarbeit, die Steigerung der körperlichen Aktivität und das Training von Fertigkeiten oder des Gedächtnisses (Forsman et al. 2011). Spezifisch für benachteiligte Gruppen wurden folgende mögliche Erfolgskriterien für multidimensionale Interventionen identifiziert: a) sozio-kulturelle und sprachliche Anpassungen, b) ein personenzentrierter, (auf Empowerment ausgerichteter) Ansatz, c) das Vermitteln von Gesundheitsinformationen, d) die Förderung der körperlichen Aktivität, und e) die Durchführung durch qualifiziertes Gesundheitspersonal (Lood et al. 2015).

Weiter sind im höheren Alter Massnahmen zur sozialen (Re-)Integration ein zentraler Aspekt zur Förderung der psychischen Gesundheit (Dellenbach & Angst 2011). Dabei ist insbesondere auf geeignete Zugangswege zu achten, um von Einsamkeit betroffene Personen zu erreichen. Der Zugang sollte dabei möglichst niederschwellig, situationsgerecht und wertschätzend gestaltet und der Mobilität der betroffenen Personen angepasst sein (d.h. Angebote der sozialen Teilhabe für mobile Personen, aufsuchende Angebote für Personen mit eingeschränkter Mobilität, Angebot von Fahrdiensten) (Schäffler et al. 2013). Zudem sollte der Zugang frühzeitig gesucht werden, wobei kritische Lebensereignisse genutzt werden können. Weiter werden sich wiederholende Angebote sowie die personelle und örtliche Kontinuität empfohlen. Bei aufsuchenden Angeboten ist schliesslich auch auf gegenseitige Sympathie und auf gemeinsame Interessen zu achten (Schäffler et al. 2013).

Gender: Interventionen auf struktureller Ebene, zum Beispiel zur Verbesserung der ökonomischen Situation, können einen impliziten Genderbias aufweisen (Panter-Brick et al. 2014), welcher traditionelle Rollenverteilungen zementieren und so die Entfaltungsmöglichkeiten von Frauen (und Männern) einschränken kann. Als Instrument, um gegen solche Genderstereotypisierungen vorzubeugen, sei das Gender Mainstreaming genannt (vgl. z.B. BZgA 2009), wobei aber keine wissenschaftlichen Studien zu dessen Wirksamkeit im Rahmen der vorliegenden Literaturrecherche gefunden werden konnten (vgl. Kap. 4.2.4 Forschungslücken und Limitierungen). Weiter besteht ein Handlungsbedarf insbesondere bei Männern, die Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Störungen zu fördern und zu entstigmatisieren (BAG 2008a). Reviews von Massnahmen in diesem Bereich konnten nicht identifiziert werden. Ein Beispiel einer erfolgreichen Intervention in diesem Bereich ist aber die Kampagne *Man Up* aus Australien, welche einen Dokumentarfilm zum Thema Männlichkeit und Suizid, gekoppelt mit einer Social Media Kampagne verbreitete (Schlichthorst et al., 2018).

Auf Projektebene sind universelle schulische Interventionen in den Lebensphasen Kindheit und Jugend (z.B. sozio-emotionales Lernen, Resilienz, Achtsamkeit) noch unzureichend auf ihre mögliche differenzielle Wirkung entlang von Gender untersucht (vgl. Dray et al. 2017). Die wenigen existierenden Reviews kommen zu unter-

schiedlichen Schlüssen, d.h. in einem Fall konnten kaum differenziellen Effekte festgestellt werden (Dray et al. 2017), während ein anderes Review eine stärkere Wirkung bei Mädchen feststellen konnte (Franklin et al. 2017). Dies bedeutet, dass universelle, schulbasierte Interventionen in der Lebensphase Kindheit und Jugendliche die psychische Gesundheit beider Geschlechter gleichermassen fördern können, dass dies aber nicht immer der Fall ist. Es besteht noch ein Forschungsbedarf, um mögliche Erfolgsfaktoren und -ansätze genauer zu bestimmen.

Im Erwachsenenalter sind Frauen und Männer unterschiedlichen Ursachen von Stress ausgesetzt (d.h. Stress am Arbeitsplatz eher Ursache für Männer, Vereinbarkeit von Beruf und Familie eher Ursache für Frauen) (BAG 2008a). Zudem führen ungleich verteilte psychosoziale Ressourcen und ungleiche Belastungen zu einem höheren Risiko für Depression bei Frauen (Nolen-Hoeksema et al. 1999). Es wären deshalb Interventionen gefragt, welche diese genderspezifischen Ungleichheiten ausgleichen können, z.B. indem sie Eltern darin unterstützen, Berufsleben und Familienarbeit zu vereinen oder gezielt die psychosozialen Ressourcen von Frauen (z.B. das Gefühl von *mastery*) fördern. Interventionsstudien zu dieser Thematik konnten aber über die vorliegende systematische Literaturrecherche nicht ermittelt werden. Relevant in Bezug auf Gender ist überdies, dass bisher der Einbezug von Vätern in Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Kleinkind- und Kindesalter bisher relativ gering ist (Panter-Brick et al. 2014). Womöglich könnte ein vermehrter Einbezug der Väter die Wirkung dieser Programme verstärken und auch dazu beitragen, den Stress, welcher durch die schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf entsteht, abzubauen. Bei stark benachteiligten Frauen, welche zum Beispiel obdachlos oder Opfer von häuslicher Gewalt wurden, haben sich schliesslich zielgruppenspezifische psychologische Interventionen bewährt (Luchenski et al. 2017). Als erfolgreich erwiesen sich unter anderem kognitive Verhaltenstherapie, motivierende Gesprächsführung, edukative Ansätze und *therapeutic communities* (z.B. Frauenhäuser) (Luchenski et al. 2017).

Migrationshintergrund: In Bezug auf die strukturelle Ebene, weisen Studien darauf hin, dass gewisse Gruppen der Migrationsbevölkerung einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsinformationen und zu Dienstleistungen der psychischen Gesundheit haben, was ihre Chancengleichheit in der psychischen Gesundheit beeinträchtigt. Als Ansätze und Erfolgskriterien, welche den Zugang zu Gesundheitsinformationen erleichtern können sind eine einfache Sprache ohne Fachjargon, Angebote in der Herkunftssprache und Hilfestellungen zum Finden von vertrauenswürdigen Informationen im Web genannt (Kaya 2018b). Hürden zur Inanspruchnahme von psychischen Gesundheitsangeboten können eine erhöhte Stigmatisierung von psychischen Störungen (Yasui et al. 2017) und „kulturelle“ Krankheits- und Heilungskonzepte sein, aus deren Perspektive bestehende professionelle Angebote als wenig relevant erscheinen (Guruge et al. 2017). Konkrete Interventionen zur Überwindung dieser Hürden konnten keine gefunden werden (vgl. Kap. 4.2.4 Forschungslücken und Limitierungen). Als mögliche Erfolgskriterien von zukünfti-

gen Interventionen werden aber eine lebensweltliche Einbettung von Interventionen und eine partizipative Einbindung der Migrationsgemeinden genannt (Yasui et al. 2017).

Auf Projektebene konnten nur über die vorliegende Recherche praktisch keine Studien zur Förderung der psychischen Gesundheit der Migrationsbevölkerung oder von Minoritätsgruppen gefunden werden. Eine Ausnahme ist der achtsamkeitsbasierte Ansatz, welcher erfolgreich die psychische Gesundheit von Jugendlichen aus Minoritätsgruppen in den USA (Latinos und AfroamerikanerInnen) stärken konnte (Sibinga et al. 2016, Roth & Robbins 2004). Bedeutsam ist auch, dass eine generell hohe Achtsamkeit (*trait mindfulness*) ein persönlicher Schutzfaktor ist, welcher die negativen Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung auf die psychische Gesundheit abfedern kann (Brown-Ianuzzi et al., 2014; Graham et al., 2013). Achtsamkeitsbasierte Interventionen haben also ein besonderes Potential gerade bei benachteiligten Gruppen, wie z.B. Teilen der Migrationsbevölkerung, welche aufgrund ihres Minderheitenstatus Stress und Diskriminierung erleben.

Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität: Obwohl LGBT einem erhöhten Risiko für psychische Störungen, darunter Depressionen und Angststörungen und einer erhöhten Suizidalität ausgesetzt sind (Plöderl & Tremblay 2015), gibt es kaum Studien zur Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT weder auf struktureller- noch auf Projektebene. Auf der Strukturebene werden folgende Massnahmen genannt, um die Chancengleichheit in der psychischen Gesundheit zu verbessern: 1) eine Sensibilisierung von Akteuren der Gesundheitsförderung und Regelversorgung für das erhöhte Risiko von LGBT im Bereich der psychischen Gesundheit und die Anerkennung dieser Problematik seitens wichtiger Stakeholder; 2) ein Abbau von Barrieren in der Regelversorgung bzw. eine Steigerung von kulturell kompetenten („gay-friendly“) Angeboten; 3) eine Pflicht zum Monitoring der Dimensionen der sexuellen Orientierung und Genderidentität in Gesundheitserhebungen; 4) Massnahmen, welche der Stigmatisierung von LGBT entgegenwirken, wie Antidiskriminierungsgesetze und -policies und Sensibilisierungskampagnen.

Von obengenannten geforderten Massnahmen liegen allein zu Punkt 4) Studien vor, welche eine positive Wirkung von Antidiskriminierungsgesetzen, Anti-bullying Leitlinien an Schulen auf die psychische Gesundheit belegen (Hatzenbuehler et al. 2009, Hatzenbuehler & Keyes 2013). Letztere sind allerdings nur dann wirksam, wenn sie die sexuelle Orientierung explizit miteinbeziehen. Als potentielle Erfolgskriterien für Sensibilisierungskampagnen (Punkt 1) wird ein Fokus auf sexuelle Diversität und auf persönliche Geschichten genannt (PREOS 2011). Zur Sensibilisierung von Akteuren der Regelversorgung für die Anliegen von Transmenschen haben sich Interventionen erfolgreich erwiesen, welche den Kontakt zwischen Grundversorgern und transidenten Personen herstellen (White Hughto et al. 2015). Als potentielle Massnahmen, welche den Zugang zu Leistungen der psychischen Regelversorgung erleichtern könnten (Punkt 2), werden geeignete Anam-

nese-Tools zur Thematisierung von sexueller Orientierung und Genderidentität genannt sowie spezifische „gay-friendly“ Angebote, wie sie in mehreren Schweizer Städten bereits in der Form von sogenannten Checkpoints bestehen (PREOS 2011). Für Transmenschen ist der Abbau von finanziellen und legalen Hürden im Bereich der körperlichen und amtlichen Geschlechtsanpassung zentral. Dazu gehören beispielsweise die Gewährleistung der Pubertätsverzögerung, der Zugang zu körperlichen Behandlungen ohne Altersgrenzen, sowie die amtliche Geschlechtsanpassung auch ohne körperliche Eingriffe (PREOS 2011).

Auch auf Projektebene gibt es bisher kaum evidenzbasierte Interventionen, welche auf die psychische Gesundheit von LGBT fokussieren. Eine Ausnahme sind die bereits erwähnten Massnahmen zu einem offenen Schulklima (Hatzenbuehler et al. 2014, Hatzenbuehler & Keyes 2013, Saewyc et al. 2014). Diese wurden als wirksam zur Senkung des Suizidrisikos bei LGB Jugendlichen befunden, wenn sie folgende Erfolgskriterien beachten: 1) sie bieten LGBT einen sicheren Raum und beinhalten eine Gay-Straight Allianz, 2) LGBT relevante Gesundheitsinformationen sind im Lehrplan integriert, 3) Bullying aufgrund der sexuellen Orientierung und Genderidentität wird verboten, 4) die Lehrkräfte erhalten Weiterbildungen zur Schaffung eines sicheren Schulklimas, 5) eine Vernetzung mit LGBT freundlichen Gesundheitsanbietern findet statt (Hatzenbuehler et al. 2013). Gay-Straight Allianzen sind von SchülerInnen aller sexuellen Orientierungen organisierte Clubs zur Förderung eines offenen Schulklimas und zur Sensibilisierung für LGBT Anliegen. Weiter gibt es einige Studien mit LGBT Jugendlichen zur Stärkung von psychosozialen Ressourcen, welche wirksam Depressionen verringern konnten und/oder zu einem besseren Umgang mit Stress führten. Dies sind zwei Studien zur Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen mittels kognitiver Verhaltenstherapie (in einer Studie zusätzlich mittels positiver Identitätsbildung) (Craig & Austin 2016, Smith et al. 2017) und eine Studie zur sozialen Unterstützung und Vernetzung mit Peers durch ein Beratungs- und Austauschangebot (Wilkerson et al. 2017). Letztere Angebote werden nicht nur für LGBT selbst sondern auch für deren Familien gefordert (PREOS 2011).

Weiter wird gefordert, dass existierende Ansätze zur Suizidprävention wie Hotlines, Sensibilisierungskampagnen, Gatekeeper Programme, sowie die klinische Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie für die Anliegen von LGBT geöffnet werden (Marshall 2016). Dazu werden unter anderem eine Sensibilisierung von Fachpersonen und Schulen, die Identifizierung von LGBT freundlichen Interventionsangeboten, die partizipative Weiterentwicklung von bestehenden Angeboten, sowie ein Peer-Support Ansatz empfohlen. Der Stärkung von psychosozialen Ressourcen soll dabei ein besonderes Gewicht zukommen und die gesamte Familie soll unterstützt werden. Weiter ist die Schaffung von LGBT zielgruppenspezifischen Angeboten zu prüfen (Marshall 2016). Beispielsweise hat sich in den USA eine LGBT spezifische Suizidhotline bewährt (Goldbach et al. 2018).

Die bisher erwähnten Studien beziehen sich auf LGBT Jugendliche. Zur Förderung der psychischen Gesundheit mit erwachsenen LGBT ist lediglich eine Interventionsstudie (aus Genf) bekannt, welche mithilfe einer zielgruppenspezifischen Kampagne zum Thema Depression die mental health-literacy und Aspekte der psychischen Gesundheit von schwulen Männern verbessern konnte (Wang et al., 2013).

Grundsätzlich ist anzumerken, dass – gleichsam wie im Bereich Bewegung und Ernährung (vgl. Kap. 4.1.5) – in generellen Studien zur Förderung der psychischen Gesundheit praktisch nie Daten zu den Benachteiligungsmerkmalen der sexuellen Orientierung und Genderidentität erhoben werden (vgl. Heck et al. 2017). Diese Daten sollten systematisch publiziert und in gepoolten Sekundäranalysen zusammengeführt werden. Um die Evidenzbasis zu wirksamen Ansätzen und Erfolgskriterien mit LGBT weiter zu vergrößern, sind zudem vermehrt zielgruppenspezifische Interventionsstudien durchzuführen.

4.3 Bereich III: Sucht

4.3.1 Effektive Ansätze auf struktureller Ebene (am Beispiel der Tabakprävention)

4.3.1.1 Generelle Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status:

Erhöhung von Zigarettenpreis und Tabaksteuer: Die Erhöhung des Zigarettenpreises oder der Tabaksteuer ist in den westlichen Industriegesellschaften bei der Gesamtbevölkerung mit einer Reduktion der Prävalenz des Tabakkonsums verbunden (Vijayaraghavan et al. 2016, Thomas et al. 2008, Verguet et al. 2015). Allerdings sind die Auswirkungen auf benachteiligte Gruppen kritisch zu beurteilen. Einerseits gibt es Studien, die eine Reduktion des Zigarettenkonsums auch in Gruppen mit tiefem sozioökonomischem Status nachweisen können (Vijayaraghavan et al. 2016). Andererseits kann eine Erhöhung der Zigarettenpreise soziale und gesundheitliche Ungleichheiten weiter verstärken, da die Rauchenden womöglich auf günstigere Möglichkeiten des Tabakkonsums ausweichen (Vijayaraghavan et al. 2016, Choi et al. 2012). Wenn durch bestimmte Promotionen oder den Kauf in grossen Mengen die einzelnen Zigaretten günstiger werden, kann zudem das Vorhandensein eines Vorrats an (gerollten) Zigaretten einen Rauchstopp erschweren. Um gesundheitliche Ungleichheiten zu vermindern, muss diesen Aspekten deshalb in der Prävention ein spezielles Augenmerk geschenkt werden (Peretti-Watel & Constance 2009). Parallel zu Preiserhöhungen wird auch der Zugang zu Rauchstoppinitiativen für benachteiligte Gruppen gefordert (Vijayaraghavan et al. 2016).

Einführen und Ausweiten von Rauchverboten: Die WHO-Konvention beschreibt Massnahmen zur Reduktion von tabakbedingten Ungleichheiten in sozial schwächer gestellten Gruppen. Dabei wird ein absolutes Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, am Arbeitsplatz und auf öffentlichen Plätzen gefordert (WHO 2008). Diese gesetzliche Verbotsregelung gilt als eines der wenigen Beispiele dafür, dass regulierende Massnahmen erfolgreich sein können. Durch die Einschränkungen der Möglichkeiten des Tabakkonsums im sozialen Rahmen nehmen die Gelegenheiten des Tabakkonsums kontinuierlich ab.

In Bezug auf benachteiligte Gruppen sind unter anderem Rauchverbote in Gefängnissen und in psychiatrischen Kliniken von Bedeutung (Vijayaraghavan et al. 2016). Solche Rauchverbote in den USA führten zu einer geringeren Belastung durch Passivrauchen und im Falle von Gefängnissen zu einem Rückgang des Tabakkonsums. Allerdings vollzogen die wenigsten Personen einen Rauchstopp (Vijayaraghavan et al. 2016). Zur Verminderung dieser Ungleichheit wird unter anderem auf einen verbesserten Zugang zu Rauchstoppprogrammen während und nach dem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken empfohlen (Vijayaraghavan et al. 2016). In der Schweiz kam ein Aktionsforschungsprojekt zur Reduktion des Tabakkonsums in drei Gefängnissen zu ähnlichen Resultaten (Etter et al. 2012, Ritter et al. 2012). Ein neu eingeführtes, partielles Rauchverbot in einem der Gefängnisse konnte die Belastung durch Passivrauchen und die Anzahl gerauchter Zigaretten signifikant verrin-

gern. Das Rauchverbot führte aber nicht zu einer Zunahme von Rauchstoppversuchen. Die Autoren schlussfolgern, dass Rauchverbote in Gefängnissen eine weiterreichende Wirkung nur in Verbindung mit anderen Massnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention (z.B. Schulung des Personals und der Inhaftierten, Zugang zu Rauchstoppprogrammen) entfalten können (Etter et al. 2012, Ritter et al. 2012).

Weitreichende Rauchverbote in öffentlichen Räumen stehen auch in Zusammenhang mit mehr und mehr freiwilligen Rauchverboten in Privatwohnungen (Vijayaraghavan et al. 2016). Da besonders bei benachteiligten Gruppen rauchfreie Wohnungen eher nicht zur sozialen Norm gehören, sind Interventionen auf Projektebene gefragt (Vijayaraghavan et al. 2016). Diese werden im Unterkapitel „Projekte“ diskutiert (vgl. Kap. 4.3.2.1).

Beschränkung der Tabakpromotion: Neben Einschränkungen im Verkauf an Minderjährige empfiehlt die WHO Konvention ein globales Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring (WHO 2008). Anders als in den meisten Teilen Europas sind in der Schweiz zurzeit lediglich die Radio- und Fernsehwerbung sowie z.T. die Plakatwerbung verboten, während z.B. das Sponsoring von Festivals und anderen Events noch zulässig sind. Ein globales Verbot fand auch bisher keinen Eingang in das geplante Schweizer Tabakproduktegesetz, dessen zweiter Vorentwurf sich bis zum 23.3.2018 in Vernehmlassung befand (BAG 2017). Allerdings sind Einschränkungen der Werbung, welche besonders für Minderjährige zugänglich ist (z.B. an Veranstaltungen oder in Publikationen, die an Minderjährige gerichtet sind, in Gratiszeitungen und weitestgehend im Internet) im Gesetzesentwurf vorgesehen (BAG 2017). Ein Projekt zur Beobachtung der Marketingstrategien für Tabakprodukte aus der französischsprachigen Schweiz konnte zeigen, dass die Tabakindustrie mit ausgeklügeltem Erlebnismarketing speziell junge Personen anzusprechen versucht (Canevascini et al. 2015). Obwohl anhand der gegenwärtigen Studienlage nicht abgeschätzt werden kann, welchen Einfluss die Tabakpromotion und das Sponsoring auf das Rauchverhalten von benachteiligten Gruppen haben, ist davon auszugehen, dass sich eine weitere Einschränkung der Tabakwerbung positiv auf den Rauchstatus von benachteiligten Gruppen auswirken würde.

Warnhinweise: Eine weitere Massnahme, die Einfluss auf bestehende soziale Normen und auf die Motivation zur Verhaltensänderung haben kann, sind Warnhinweise auf den Zigarettenverpackungen. Das Wissen über die Schädlichkeit des Tabakkonsums ist höher in Ländern, in denen Zigarettenverpackungen mit Warnhinweisen versehen sind (WHO 2011). Dabei hat sich bestätigt, dass graphische Elemente wirksamer sind als Texthinweise allein (Noar et al. 2016). Im Hinblick auf soziodemographische Merkmale ergeben sich keine Unterschiede der Wirksamkeit solcher Warnhinweise (Hammond et al. 2012). Labels und Graphiken auf den Zigarettenverpackungen, die das Bewusstsein für die Risiken des Tabakkonsums stärken indem sie Rollenmodelle verwenden oder positive und negative Aspekte kontrastieren, sollen Personen in benachteiligten Gruppen jedoch eher zum Rauchstopp motivieren (Mead et al. 2015). Warnhinweise gelten als effektive Strategie

der Tabakprävention, da das Nachdenken über einen Rauchstopp die Anzahl an gerauchten Zigaretten reduzieren kann (WHO 2011).

Medienkampagnen und Veränderung der sozialen Normen: Medienkampagnen werden als Massnahme der Tabakprävention eingesetzt, um Tabakkonsum nicht mehr als erstrebenswert erscheinen zu lassen und damit einen Wandel der sozialen Normen zu begünstigen. Allgemeine Medienkampagnen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, gelten als wenig erfolgreich mit Blick auf die Prävention des Tabakeinstiegs oder des Rauchstopps bei benachteiligten Gruppen (Niederdeppe et al. 2008). Ein neueres narratives Review berichtet denn auch von gemischten Resultaten in zwei amerikanischen Studien, welche die Wirkung von Rauchstoppkampagnen auf ihre Chancengerechtigkeit – d.h. die Wirkung entlang der sozioökonomischen Benachteiligung – untersuchten (Guignard et al. 2018). In der einen von Guignard et al. (2018) erwähnten Studie waren Kampagnen ungeachtet des Bildungsstandes vor allem dann erfolgreich, wenn sie negative Emotionen ansprachen (Nonnemaker et al. 2014). Eine Kohorten Studie fand hingegen eine stärkere Wirkung einer auf persönlichen Geschichten beruhenden Kampagne bei Rauchenden mit höherem Bildungsstand und bei Personen mit weisser Hautfarbe (Neff et al. 2016).

Die begrenzte Effektivität von Kampagnen bei benachteiligten Gruppen wird damit erklärt, dass generelle Botschaften zum Rauchstopp lediglich bedingt aussagekräftig sind für diese Gruppen und auch generell nicht unbedingt helfen, die Motivation für eine Verhaltensänderung entstehen zu lassen oder einen Rauchstopp über längere Zeit hinweg zu halten (Niederdeppe et al. 2008). Grundsätzlich wird solchen Medienkampagnen kein grosser Impact zugemessen, dennoch können Personen in benachteiligten Gruppen über Medienkampagnen sensibilisiert werden (Guillaumier et al. 2012). Medieninterventionen zeigen einen positiven Effekt auf die Chancengleichheit von benachteiligten Gruppen (Hiscock et al. 2012), wenn sie personalisiert (z.B. im redaktionellen Teil) aufgebaut sind, z.B. wenn persönliche Geschichten am Fernsehen ausgestrahlt werden, mit welchen sich die benachteiligte Gruppe identifizieren kann (Hill et al. 2014). Sofern das richtige Medium gewählt wird und das Format glaubwürdig und interessant gestaltet ist, kann die Motivation zu einer Verhaltensänderung dadurch beeinflusst werden. Medieninterventionen, die benachteiligte Gruppen ansprechen, welche Defizite im Bildungsbe- reich aufweisen, sind dann effektiv, wenn sie einfach verständlich und personalisiert formuliert sind. Daher eignet sich das Fernsehen und das Internet besonders dafür, während nicht-telemediale Formate für Kampagnen der Tabakprävention lediglich bei einkommensstarken Gruppen Effekte zeigen (Perusco et al. 2010, WHO 2011). Das Wiedergeben der Botschaften von Medienkampagnen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums fällt leichter, wenn die Informationen zuvor am Fernsehen gezeigt worden sind. Kampagnen mit Unterhaltungswert, welche die Zielgruppe ansprechen, zeigen positive Effekte auf die Aufnahme von gesundheitsrelevanten Informationen (Beacom & Newman 2010).

Grundsätzlich ist aber zu vermerken, dass Medienkampagnen, die auf benachteiligte Gruppen zugeschnitten sind, noch unzureichend auf ihre Wirksamkeit unter-

sucht sind. Es gibt bisher nur sehr wenige Studien, die die Auswirkung auf die Verhaltensänderung anhand einer konkreten Grösse messen und mit einer Kontrollgruppe vergleichen (Mosdol et al. 2017). Mosdol et al. (2017) fanden lediglich drei Studien, alle aus den USA, welche die Wirkung von zielgruppenspezifischen Medienkampagnen auf den Tabakkonsum in benachteiligten Gruppen massen. Diese waren alle inhaltlich (d.h. auf den soziokulturellen Kontext zugeschnitten) auf die Zielgruppe der Afroamerikaner zugeschnitten und zwei Studien benutzten zudem zielgruppenspezifische Medien. Letztere konnten erfolgreich die Nutzung einer existierenden Rauchstopplinie in der Zielgruppe steigern. Welche Komponenten der Kampagne aber für den Erfolg verantwortlich waren und welches der Zusatznutzen im Vergleich zu einer allgemeinen Medienkampagne ist, konnten diese Studien nicht ermitteln (Mosdol et al. 2017).

Erfolgsversprechend können zudem Kampagnen sein, welche mit anderen strukturellen Massnahmen verknüpft sind. So wurden in den Niederlanden Rauchstoppbehandlungen kassenpflichtig, was mit einer Medienkampagne verbunden wurde und laut einer Querschnittstudie in allen Einkommensschichten zur Erhöhung der Rauchstoppraten führte (Nagelhout et al. 2014).

Finanzielle Anreize und Kostenübernahme von Rauchstoppptherapien: In der Literatur finden sich vereinzelt Hinweise, wie über finanzielle Anreize der öffentlichen Hand oder die Übernahme von Kosten von Rauchstoppangeboten (vor allem der Pharmakotherapie) der Rauchstopp bei benachteiligten Gruppen gefördert werden konnte. So stellen Guignard et al. (2018) beispielsweise ein Programm in einem Londoner Bezirk vor, wo finanzielle Anreize für Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung dazu führten, dass diese vermehrt Rauchstoppberatungen anbieten oder Rauchende an bestehende Angebote verwiesen. Dieses Anreizsystem führte zu einem verbesserten Zugang zu Rauchstoppangeboten in allen sozioökonomischen Schichten (Hamilton et al. 2016). Weiter wird einkommensschwachen Gruppen der Rauchstopp erleichtert, wenn diese einen kostenlosen Zugang zu Nikotinersatzprodukten haben. Dies kann über die Projektebene durch eine kostenlose Abgabe solcher Produkte geschehen (vgl. Kap. 4.3.2.1), aber auch auf struktureller Ebene, beispielsweise über die Finanzierung solcher Leistungen durch Krankenversicherungen. Letzteres führte in den Niederlanden – in Kombination mit einer Medienkampagne (s.o.) – zum vermehrten Rauchstopp in allen Bevölkerungsschichten (Nagelhout et al. 2014).

4.3.1.2 Spezifische Ansätze in Abhängigkeit der Lebensphase:

Beschränkungen im Verkauf an Minderjährige: Einschränkungen der Verfügbarkeit von Zigaretten können vermutlich ebenfalls dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten in benachteiligten Gruppen zu reduzieren. Da jedoch nur sehr begrenzt Daten dazu verfügbar sind (Amos et al. 2013) und sich die Relevanz von Verkaufsbeschränkungen an Minderjährige kaum bestreiten lassen, wird diese Massnahme nicht vertieft behandelt.

Integration der Suchtproblematik in der Ausbildung der Ärzteschaft: Suchtprobleme wie Tabakkonsum werden bislang von Akteuren des Gesundheitswesens bei Patienten oft übersehen oder ungenügend angegangen (De Jong et al. 2016). Ein Einbezug der Suchtproblematik in die Ausbildung der Ärzteschaft ist deshalb ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsförderung – insbesondere im Hinblick auf ältere Menschen. Menschen in dieser Altersgruppe suchen immer häufiger aufgrund von Suchtproblemen das Gesundheitswesen auf und leiden öfter als jüngere Menschen an Begleiterkrankungen im Zusammenhang mit Suchtmitteln (De Jong et al. 2016). De Jong et al. (2016) stellen drei Initiativen aus dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden und Norwegen vor, welche die Suchtproblematik entweder im Rahmen des Medizinstudiums thematisieren oder als Weiterbildung oder medizinisches Spezialgebiet anbieten. Eine Beurteilung der Wirkung dieser Massnahmen auf den Tabakkonsum und die Chancengerechtigkeit liegt jedoch nicht vor.

Auch in der Schweiz existiert bereits seit 2002 das Projekt „Frei von Tabak“, welches Ärztinnen und Ärzte in der Form von Fortbildungskursen systematisch darin unterrichtet, Rauchstoppberatungen in ihrer Praxis anzubieten⁶⁶. In der Dokumentation für die Praxis des Projekts wird auf vulnerable Gruppen in Bezug auf tiefen sozioökonomischen Status kurz eingegangen. Die Ärztinnen und Ärzte erhalten auch eine Tabelle mit Argumenten zu den Vorteilen des Rauchstopps, die auf bestimmte Raucherprofile, z.B. auf verschiedene Lebensphasen oder speziell auf Frauen, abgestimmt sind (Cornuz et al. 2015). Eine Auseinandersetzung mit anderen Benachteiligungsdimensionen, wie Migrationshintergrund oder sexueller Orientierung fehlt hingegen in der Dokumentation. Das Projekt „Frei von Tabak“ richtet sich an die Ärzteschaft aus der Grundversorgung und den Bereichen Pädiatrie, Gynäkologie und Pneumologie. Analoge Fortbildungsprojekte gibt es zudem für Rauchstoppberatungen in der Zahnmedizin⁶⁷, für Diabetes- und Herz-Kreislauf-Kranke⁶⁸, in Apotheken⁶⁹ und an Beratungsstellen in Spitälern („Hospital Quit Support“)⁷⁰. Ein Review von 12 Studien befand, dass Rauchstoppinterventionen über Apotheken grundsätzlich eine erfolgreiche Strategie der Tabakprävention sind. Die Wirkung dieser Interventionen auf benachteiligte Grupp kann aber aufgrund der bestehenden Studien nicht ausreichend abgeschätzt werden (Brown et al. 2016).

⁶⁶ <https://www.freivontabak.ch/index.php/de/das-projekt>

⁶⁷ <http://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm/rauchen-intervention-in-der-zahnmedizinischen-praxis.html>

⁶⁸ <https://www.swissheart.ch/de/angebote/fuer-aerzte-und-medizinische-fachpersonen/fuer-aerzte-und-medizinische-fachpersonen/kurse-rauchstoppberatung.html>

⁶⁹ <http://www.apotheken-raucherberatung.ch/de/startseite.html>

⁷⁰ <http://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm/hospital-quit-support.html>

4.3.1.3 Spezifische Ansätze nach horizontalen Benachteiligungsdimensionen:

Gender:

Mittels der vorliegenden systematischen Literaturrecherche konnten keine Studien zu genderspezifischen Ansätzen auf struktureller Ebene gefunden werden. Es gibt aber Hinweise, dass sich bestimmte strukturelle Massnahmen unterschiedlich auf die Geschlechter auswirken können. Beispielsweise fanden Studien in Australien (Bayly et al. 2018) und dem Vereinigten Königreich (Rothwell et al. 2015), dass der Konsum handgerollter Zigaretten bei Frauen stärker zunahm als bei Männern. Es ist bekannt, dass handgerollte Zigaretten eine Ausweichstrategie bei Preiserhöhungen von konventionellen Zigaretten sind (vgl. Kap. 4.3.1.1).

Migrationshintergrund:

Für die Schweiz hat Kaya (2014) die Mediennutzung der benachteiligten Migrationsbevölkerung im Zusammenhang mit allgemeinen Gesundheitsinformationen aufgearbeitet und kommt im Zusammenhang mit Kampagnen zur Tabakprävention zu ähnlichen Schlüssen wie für benachteiligte Gruppen insgesamt (vgl. Kap. 4.3.1.1). Die Informationsvermittlung ist demnach besonders dann erfolgreich, wenn sie personalisiert erfolgt. Dabei sieht Kaya (2014) insbesondere in der Nutzung der Medien der Migrationsbevölkerung, ein Potential für die Vermittlung von Informationen zur Tabakprävention, das noch zu wenig genutzt wird (Kaya 2014). Dieses Potential wurde im Herbst 2017 erstmals mit einem Pilotprojekt getestet, welches die Schweizer *SmokeFree* Kampagne⁷¹ über Medien der Migrationsbevölkerung verbreitete (vgl. Kap. 4.3.3 Good-Practice Beispiele) (Kaya 2018a). Die Kampagne erreichte eine breite Streuung in der Migrationsbevölkerung und wurde von den Vertretern der Migrationsmedien sehr positiv aufgenommen. Eine signifikante Wirkung auf das Rauchverhalten konnte aber, gemessen an der Anzahl Anrufe auf die Rauchstopplinie der Krebsliga Schweiz (in den Sprachen der Zielgruppen), nicht festgestellt werden (Kaya 2018a).

Relevant erscheint auch die Wahl der Informations- und Kommunikationstechnologie, die je nach Zielgruppe spezifisch angepasst werden muss (Kaya 2014). Um beispielsweise jugendliche Migrantinnen und Migranten mit Gesundheitsthemen zu erreichen, sind Videos auf Webseiten oder eingebettet in soziale Medien relevant, da nur Videos und Bilder beachtet werden, was Textinformationen überflüssig macht (Kaya 2014). Die lebensweltliche Verankerung von Informationen und Interventionen für die Zielgruppe ist wichtig und wird durch die Nutzung bestehender Zugänge zur Zielgruppe ermöglicht.

⁷¹ <https://www.smokefree.ch/de/>

Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität:

Ein umfassendes Review zur Tabakprävention bei LGBT Jugendlichen und jungen Erwachsenen bemängelt, dass bisher keine Studie existiert, welche die Auswirkung von strukturellen Interventionen (Zigarettenpreis, Medienkampagnen) in dieser Zielgruppe untersucht (Baskerville et al. 2017).

4.3.2 Effektive Ansätze auf Projekt-Ebene (am Beispiel der Tabakprävention)

4.3.2.1 Generelle Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status:

Lebensphase Schwangerschaft/ frühe Kindheit (-9 Mo- 3 Jahre):

Psychologische Interventionen zum Rauchstopp während der Schwangerschaft, zeigten sowohl bei Frauen mit tiefem sozioökonomischem Status (Chamberlain et al. 2017, Chamberlain et al. 2013) wie auch bei Minoritätsgruppen Wirkung, jedoch nicht bei indigenen Gruppen (Chamberlain et al. 2017). Verschiedene Formen der individuellen Beratung (u.a. motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Entspannung und Förderung der Problemlösungsfähigkeiten) halfen dabei, den Rauchstopp während der Schwangerschaft umzusetzen (Chamberlain et al. 2017). Unter den 88 untersuchten Studien waren vor allem beratungsbasierte Interventionen und solche mit finanziellen Anreizen erfolgreich, während die Effektivität von anderen Interventionstypen, wie Gesundheitsbildung, Bewegung, Feedback oder soziale Unterstützung noch unklar ist (Chamberlain et al. 2017). Relevant in Bezug auf die Chancengerechtigkeit ist der Befund von Chamberlain et al. (2013), dass nur diejenigen Interventionen erfolgreich waren, die spezifisch auf die Minoritätsgruppen ausgerichtet waren indem sie deren Lebenslage und Sprache adäquat berücksichtigt hatten. Beratungen und Therapie zeigen also den grössten Erfolg, wenn die Beratenden vertrauensbasiert vorgehen (z.B. via Sprache oder ähnlicher Herkunft) und/ oder über sogenannte „transkulturelle Kompetenz“ (Domenig 2007) verfügen. Letztere setzt sich aus den drei Elementen „Hintergrundwissen und Erfahrung“, „Selbstreflexion“ und „narrative Empathie“ zusammen und zielt auf die Befähigung der Protagonistinnen und Protagonisten der Regelversorgung ab (Domenig 2007). Eng damit verbunden ist auch die Verständlichkeit der Inhalte der Beratung, die als Voraussetzung für die Verhaltensänderung zu sehen ist.

Neben psychologischen Interventionen haben sich webbasierte Programme zur Unterstützung des Rauchstopps bei werdenden Müttern ebenfalls als wirksam erwiesen (Herbec et al. 2014). Die von Herbec et al. (2014) durchgeführte *MumsQuit* Intervention ist eine Adaptation der Webseite *StopAdvisor*, welche auf sozioökonomisch benachteiligte Erwachsene zugeschnitten ist und welche 33 evidenz- oder theoriebasierte Verhaltenstechniken anwendet (vgl. Brown et al. 2014, Kap. 4.3.2.1

webbasierte Interventionen im Erwachsenenalter). Für *MumsQuit* wurden das Design (z.B. zielgruppengerechte Bildsprache) und der Inhalt (z.B. schwangerschaftsspezifische Informationen zum Einsatz von Medikamenten) der *StopAdvisor* Intervention leicht angepasst, um der Zielgruppe der schwangeren Rauchenden gerecht zu werden (Herbec et al. 2014). Die webbasierte Intervention bestand aus einem personalisierten, interaktiven Rauchstoppplan, welcher acht Wochen dauerte (4 Wochen vor bzw. 4 Wochen nach dem Rauchstopp). Den Teilnehmerinnen wurden Erinnerungen zur Teilnahme an neuen Programmmodulen jeweils per E-Mail verschickt (Herbec et al. 2014). Wichtig für die Chancengerechtigkeit ist dabei, dass solche webbasierten Angebote interaktiv sind, was sich erfolgreicher für den Rauchstopp in Gruppen mit tiefem sozioökonomischem Status erwiesen hat (Brown et al. 2014).

In Bezug auf schwangere Frauen aus indigenen Gruppen sehen Coleman et al. (2012) einen besseren Zugang zu (zielgruppenspezifischen) NRT Therapien als einen wichtigen Aspekt zukünftiger Interventionen. Zwei bestehende Studien zu kombinierten Therapien mit indigenen Frauen konnten aber keine Erfolge verzeichnen. Grund dafür waren unter anderem Schwierigkeiten bei der Durchführung, wie tiefe Partizipationsraten und geringe Akzeptanz seitens des Gesundheitspersonals (Gould et al. 2017). Dies unterstreicht einmal mehr die Wichtigkeit von partizipativen Ansätzen. Diese haben unter anderem auch den Vorteil, dass indigene Konzepte von Krankheit und Heilung integriert werden können. Eine Pilotstudie aus Neuseeland, die beispielsweise mit „aunties“ zusammenarbeitete, d.h. Maori-Älteste in der Rolle von Mentorinnen, führte zu einer Rauchstopprate von 30% (Glover 2016). In indigenen Gruppen, wo der Rauchstopp für Schwangere meist sehr schwierig ist, nennen Gould et al. (2017) zudem einen Lebensphasenansatz als erfolgsversprechend. Dies kann z.B. mittels Interventionen vor der Schwangerschaft (preconception lifestyle programs), zwischen Schwangerschaften (interpregnancy approaches) oder auch mittels verbesserter Tabakprävention bei Jugendlichen geschehen (Gould et al. 2017). Grundsätzlich muss hier angemerkt werden, dass bezüglich der Risiken und optimalen Dosierung von NRT Produkten in der Schwangerschaft allgemein noch Forschungsbedarf besteht (Gould et al. 2017) und dass auch die Effektivität von NRT Interventionen bei Schwangeren noch ungewiss ist (Coleman et al. 2012).

Die Unterstützung und Beratung von benachteiligten Eltern sind höchst relevant. Besonders Interventionen hin zu rauchfreien Wohnungen sind diesbezüglich erfolgsversprechend (Rowa-Dewar et al. 2015). Eine Studie zu ethnischen Minderheiten mit tiefem sozioökonomischem Status zeigte beispielsweise, dass die Einführung von Rauchverboten zu Hause erfolgreich zu einem verringerten Zigarettenkonsum in der Wohnung führen kann (Rees et al. 2014). Die Autoren dieser Studie halten jedoch fest, dass noch unklar sei, welche Erfolgsfaktoren für Interventionen für rauchfreie Wohnungen auszumachen sind. Weiter sollen zukünftige Studien prüfen, ob Interventionskomponenten zur Erhöhung der Motivation zu einer Verhaltensänderung (vor allem da wo noch kein Rauchverbot besteht) oder Skills zur Rückfallprävention (bei bestehenden Rauchverboten) relevant wären (Rees et al.

2014). Bei Minoritätsfamilien mit tiefem Einkommen und Kindern mit Asthma zeigten minimale Interventionen (Video, Aufgabenbücher, Kurzberatung) positive Effekte. In dieser Studie erzielte auch bereits eine Broschüre in der Kontrollgruppe vergleichbare Resultate. Viele der wenigen Haushalte, die noch nicht rauchfrei waren, hatten diesen negativen Umstand bei den beiden Follow-Up Zeitpunkten verändert und ein Rauchverbot eingeführt (Streja et al. 2014).

Generell lässt sich festhalten, dass sich der Beginn von neuen Lebensabschnitten, sei dies durch Geburt, Heirat, Berufswechsel oder Umzug in eine neue Wohnung, gut für Verhaltensänderungen wie einen Rauchstopp eignet und somit bestehende Barrieren zu überwinden vermag.

Lebensphase Kindheit (4-12 Jahre):

In dieser Lebensphase sind weiterhin Rauchverbote in Wohnräumen (s.o.) aber auch das Setting Schule relevant. Zu diesem Thema wurde ein Review von Rauchverboten in Wohnungen und in Betreuungsangeboten und Schulen verfasst (Behbod et al. 2018). Die untersuchten Studien weisen allerdings einen sehr unterschiedlichen Erfolg in Bezug auf die Gesundheitsbelastung durch Passivrauchen aus. Zudem fehlt eine Beurteilung der Auswirkung dieser Interventionen auf die Chancengerechtigkeit (Behbod et al. 2018). In diese Lebensphase fallen auch Interventionen zur Stärkung der Lebenskompetenz und Gesundheitsförderung an Schulen, welche zum Teil auch die Tabakprävention zum Ziel haben. Dazu gehört beispielsweise der „Health promoting school approach“⁷² der WHO (1996), welcher im Bereich psychische Gesundheit vorgestellt wurde (vgl. Kap. 4.2.2.1 Lebensphase Kindheit). Dieser Ansatz umfasst die gesamte Schule, wird über eine längere Zeitspanne implementiert und beinhaltet Komponenten auf mehreren Ebenen, wie zum Beispiel ein Coaching von Lehrpersonen und Eltern (Stewart-Brown 2006).

Schulbasierte Interventionen zum sozio-emotionalen Lernen (bzw. Lebenskompetenzen) konnten mit verringertem Substanzkonsum in Verbindung gebracht werden (Sklad et al. 2012). Ein erfolgreiches Beispiel dafür ist das *Seattle Social Development Project*, welches in öffentlichen Schulen aus benachteiligten Stadtteilen mit hoher Kriminalität durchgeführt wurde (Hawkins et al. 2005). Die Kinder nahmen von der ersten bis in die sechste Klasse an der Intervention teil, welche neben der Suchtprävention auch die Prävention von psychischen Problemen und von Kriminalität zum Ziel hatte. Neben der Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen der Kinder (interpersonelle Problemlösung, Verweigerung) beinhaltete die Intervention auch edukative Komponenten für Lehrer und Eltern zur Stärkung von Unterrichts- und Erziehungsfähigkeiten (z.B. interaktiver Unterricht, Verstärkung von positivem Verhalten, geeigneter Umgang mit negativem Verhalten, Regeln in der Familie zum Substanzkonsum) (Hawkins et al. 2005). Noch im Alter von 21 Jahren konnte ein besseres Abschneiden der Interventionsteilnehmenden im Vergleich

⁷² http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/

zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Unter anderem wiesen ehemalige Teilnehmende eine geringere Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums auf (Alkohol oder Tabak im letzten Monat, illegale Drogen im letzten Jahr)⁷³. Der Effekt im Bereich Tabakkonsum bestand nur für Kinder, welche ab der ersten Klasse Teil der Intervention waren. Ehemalige SchülerInnen, welche einer verzögerten Intervention ab der fünften Klasse angehörten, wiesen keine Unterschiede zur Kontrollgruppe auf. In Bezug auf den Tabakkonsum konnten keine Unterschiede entlang des sozioökonomischen Status oder entlang der Benachteiligungsmerkmale „race“ und Gender gefunden werden⁷⁴(Hawkins et al. 2005). Ein weiterer Ansatz, welcher nachweislich erfolgreich in der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen ist und bereits im Kindesalter ansetzt, sind gemeindebasierte Präventionsstrategien wie das *Communities that Care* Programm (Oesterle et al. 2018, Welsh et al. 2015). Dieses wurde bereits im Kapitel zur psychischen Gesundheit vorgestellt (vgl. Kap. 4.1.1.2).

Obwohl diese Ansätze und Einzelstudien vielversprechend erscheinen, konnte kein Review zu deren Auswirkung auf den späteren Tabakkonsum von benachteiligten Kindern identifiziert werden. Aussagen zur Chancengerechtigkeit beruhen bisher vor allem auf Einzelstudien und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden. Die Ergebnisse aus dem Bereich der psychischen Gesundheit (vgl. Kap. 4.2.2.1), wie auch aus dem Bereich Bewegung und Ernährung (vgl. Kap. 4.1.2.1) deuten zudem darauf hin, dass eine positive Wirkung auf die Chancengerechtigkeit von generellen Interventionen im schulischen Setting nicht einfach angenommen werden kann, sondern dass sie gezielt über Monitoring und Evaluation überprüft werden sollte.

Lebensphase Jugend und junge Erwachsene (12-20 Jahre):

In der Lebensphase Jugend und junge Erwachsene treten Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs in den Vordergrund. Da diese sich weitgehend auf Kinder und Jugendliche in der Schule oder in weiterführenden Ausbildungssettings beziehen, erreichen diese grundsätzlich viel leichter auch Benachteiligte als Interventionen für Erwachsene, sind aber in Bezug auf ihre tatsächliche Chancengerechtigkeit noch kaum erforscht.

Zur Verhinderung des Einstiegs haben sich folgende Ansätze im schulischen Setting bei Jugendlichen generell als erfolgreich erwiesen: 1) Interventionen, welche die soziale Kompetenz fördern und gleichzeitig den Umgang mit sozialen Einflüssen

⁷³ Weitere Langzeitwirkungen der Intervention im Alter von 21 Jahren: bessere Integration in Schule und Arbeitsmarkt, besserer Umgang mit Emotionen, weniger soziale Ängste, weniger Suizidgedanken, weniger in viele kriminelle Aktivitäten verwickelt, weniger Drogenhandel, weniger wahrscheinlich vor Gericht.

⁷⁴ Da zur Zeit der Intervention SchülerInnen mit Autobussen aus bessergestellten Stadtteilen zur demografischen Durchmischung in die Interventionsschulen gefahren wurden, ist die Studienpopulation im Hinblick auf „race „ und sozioökonomischen Status gemischt.

thematizieren und 2) Interventionen, welche nur die soziale Kompetenz fördern⁷⁵ (Thomas et al. 2013). Normative, rein auf Informationsvermittlung (zur Prävalenz und sozialen Akzeptanz des Rauchens) ausgerichtete Interventionen, Interventionen, welche nur soziale Einflüsse thematisieren, sowie Mehrebenen-Interventionen (z.B. Einbezug von Eltern, Gemeinden und/oder Policy-Ebene) wurden insgesamt als nicht wirksam befunden (Thomas et al. 2013). Ansätze zur Stärkung der sozialen Kompetenz fokussieren beispielsweise auf Lebenskompetenzen wie Probleme lösen, Entscheide treffen, Selbstkontrolle, Stressbewältigung, Selbstvertrauen, etc. (vgl. Thomas et al. 2013). Ansätze zu sozialen Einflüssen enthalten die Sensibilisierung für Einflüsse, die zum Rauchen bewegen (z.B. Gruppendruck), und stärken die Fähigkeiten, sich diesen zu widersetzen (vgl. Thomas et al. 2013).

Obengenannte Resultate beziehen sich nur auf Jugendliche generell. Zur Frage, inwiefern diese Interventionen auch bei benachteiligten Jugendlichen wirken, konnte nur wenig Literatur gefunden werden. Ein Review von durch Schulen durchgeführten Präventionsmassnahmen fand, dass diese sich im Bereich der Tabakprävention eher neutral in Bezug auf die Chancengerechtigkeit auswirken (Moore et al. 2015). Die verwendeten Ansätze dieser Studien werden von den Review-AutorInnen nicht eingehend charakterisiert. Es wird lediglich präzisiert, dass alle untersuchten Interventionen edukative Komponenten beinhalteten, wobei vier zusätzlich mit strukturellen Massnahmen (*environmental change components*) und/oder dem Einbezug der Gemeinde oder der Familie kombiniert wurden (Moore et al. 2015). Fünf von sechs untersuchten Studien konnten die Raucheinstiegsrate oder den Tabakkonsum erfolgreich verringern. Von den vier Studien, welche Angaben dazu machten, verhielten sich drei neutral in Bezug auf die Benachteiligung. Diese Interventionen führten also ungeachtet des soziökonomischen Status der Schülerinnen und Schüler zum gleichen Erfolg. Eine Studie aber war wirksamer bei bessergestellten Jugendlichen, was eine Chancenungerechtigkeit im Sinne einer Verschärfung der Benachteiligung bedeutet (Moore et al. 2015). Moore et al. (2015) bemerken aber, dass zu Interventionen im Schulbereich, die auf eine Verhaltensänderung in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Sucht abzielen, noch zu wenig Evidenz vorliegt, um Erfolgsfaktoren zur Chancengerechtigkeit zu identifizieren. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass Interventionen, welche strukturelle Veränderungen beinhalten, sich eher positiv auf die Benachteiligung auswirken, d.h. eher chancengerecht sind (Moore et al. 2015). Dies im Gegensatz zu rein edukativ ausgerichteten Interventionen, bei welchen sich im Review von Moore et al. (2015) keine Evidenz für eine positive Auswirkung auf die Chancengerechtigkeit finden liess. Kombinierte Interventionen (Bildung und strukturelle Veränderung) erzielten sowohl positive, wie auch negative Effekte (Moore et al. 2015). Diese Ergebnisse sind mit Vorsicht zu geniessen, da die untersuchten Studien, die keinen Effekt auf die Benachteiligung angeben, statistisch gesehen oftmals zu klein sind, um solche Interaktionseffekte überhaupt aufzudecken (Moore et al. 2015). Dennoch unterstreichen die Autoren, dass Effektgrössen nach Subgruppen entlang der Benachteiligungsdimensionen

⁷⁵ Kombinierte Ansätze (soziale Kompetenz & soziale Einflüsse) erwiesen sich sowohl in kurz-, wie auch längerfristigen Studien als wirksam, während solche mit lediglich Ansätzen zur sozialen Kompetenz nur in längerfristigen Studien überprüft wurden. Als kurzfristig werden hier Studien mit längstem Follow-up von einem Jahr oder weniger definiert (Thomas et al. 2013).

auch bei kleineren Studien systematisch publiziert werden sollten, damit sie in Meta-Analysen zusammengeführt werden können (Moore et al. 2015).

Insgesamt bietet sich bei Interventionen zur Tabakprävention in der Schule ein ähnliches Bild, wie in den Bereichen Ernährung und Bewegung und psychische Gesundheit. Wie aus dem Review von Moore et al. (2015) zu schliessen ist, untersuchen auch im Bereich Tabak nur wenige Studien die Wirkung solch universeller Interventionen auf die sozioökonomische Benachteiligung. Weiter existiert nur ungenügende Evidenz dazu, wie sich schulbasierte Interventionen entlang der horizontale Benachteiligungsdimension der Genderidentität oder sexuellen Orientierung auswirken (vgl. Kap. 4.2.2.2) (Baskerville et al. 2017). Dies scheint auch in der Schweiz der Fall zu sein. Studien beispielsweise zum Experiment Nichtrauchen beinhalten – ausser für die Dimension Gender – keine Wirkungsanalysen zur Benachteiligung (Stucki et al. 2017, Stucki et al. 2014). Um die Benachteiligung anzugehen wird laut Moore et al. (2015) öfter die Strategie verfolgt, Interventionen gezielt an Schulen in benachteiligten Gemeinden durchzuführen. Dies birgt aber die Gefahr der Stigmatisierung und lässt auch Kinder aus einkommensschwachen Familien, die in wohlhabenderen Gemeinden wohnen, aussen vor (Moore et al. 2015).

Ausserschulische Programme zur positiven Jugendentwicklung (Positive Youth Development), welche über informelle und freiwillige Bildungsangebote Lebenskompetenzen wie Selbstvertrauen, Sozialkompetenz und eine positive Identität fördern wollen, sind wichtige Aspekte der heutigen Jugendarbeit in verschiedenen Ländern (Bonell et al. 2016). Eine Meta-Analyse konnte keine signifikanten Effekte von solchen Programmen auf das Rauchverhalten von Jugendlichen feststellen. Zudem sind diese ungenügend auf ihre Wirkung entlang von Benachteiligungsdimensionen erforscht (Bonell et al. 2016).

Neben Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs sind in der Lebensphase Jugend und junge Erwachsene auch Interventionen zum Rauchstopp bereits relevant. Im Vergleich zu Erwachsenen gibt es aber weit weniger Studien mit Jugendlichen und diese scheinen grundsätzlich auch weniger erfolgreich zu sein als im Erwachsenenalter (Towns et al. 2017). Ein Review von Sussman und Sun (2009) beschreibt fünf Typen von Ansätzen, welche in kontrollierten Studien zum Rauchstopp mit Jugendlichen verwendet werden. Dies sind 1) ein Fokus auf soziale Einflüsse, welche zum Rauchen verleiten (z.B. Medien, Peers), 2) kognitive Verhaltenstherapie, 3) Techniken zur Erhöhung der Motivation zum Rauchstopp, 4) ein medizinischer Fokus (z.B. Pharmakotherapie, alternative Therapien, Überwindung der Sucht analog zum 12 Schritte Programm) und 5) andere, wie beispielsweise strukturelle Interventionen zur Beschränkung des Angebots. Als wirksame Ansätze erwiesen sich in der Meta-Analyse von Sussman und Sun (2009) vor allem die ersten drei Ansätze (soziale Einflüsse, kognitive Verhaltenstherapie und Motivationstechniken)⁷⁶. Die Effekte waren aber klein. Die Quit-Rate über alle 64 Studiedeuten betrug insgesamt 11.79 Prozent, mit einer Differenz zur Kontrollgruppe von lediglich 4.26 Prozentpunkten

⁷⁶ Medizinische Ansätze erzielten in der Meta-analyse auch einen signifikanten Effekt, welcher aber nur auf drei Studien beruht und somit nicht sehr aussagekräftig ist.

(Sussman & Sun 2009). Rauchstoppinterventionen mit Jugendlichen in der Praxis, d.h. welche nicht im Rahmen von wissenschaftlichen Studien durchgeführt wurden, zeigten ähnliche Quit-Raten von durchschnittlich 12 Prozent nach 12 Monaten (Curry et al. 2013). Als erfolgreiche Settings von kontrollierten Studien zum Rauchstopp erwiesen sich das Klassenzimmer, schulische Gesundheitsdienste und die Regelversorgung (Sussman & Sun 2009).

Pharmakologische Therapien (NRT) wurden bei Jugendlichen bisher vor allem als Zusatz zu anderen Interventionen, beispielsweise in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie getestet. Fünf von sieben Studien, welche NRT Therapien (Nikotinplaster, Kaugummi oder Bupropion) in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie oder anderer Rauchstoppberatung testeten, konnten verglichen mit einer Kontrollgruppe (nur Verhaltenstherapie oder Beratung) keinen zusätzlichen Nutzen von pharmakologischen Therapien feststellen (Sussman & Sun 2009).

Ansätze, welche Potential haben, aber wo die Evidenz noch ungesichert ist, sind laut (Townes et al. 2017) computerbasierte Programme. Auch das Potential von Kurzberatungen in der Grundversorgung scheint noch nicht ausgeschöpft, da Ärztinnen und Ärzte oft kein Training in Rauchstoppberatung erhalten haben⁷⁷ (vgl. Integration der Suchthematik in Ausbildung der Ärzteschaft, Kap. 4.3.1.2). Hinweise zur Wirkung von Rauchstoppinterventionen im Jugendalter auf die Benachteiligung wurden kaum gefunden. Resultate aus einer Evaluation von Interventionen in der Praxis deuten aber darauf hin, dass diese in ressourcenstarken sozialen Kontexten mit unterstützendem Umfeld und Elternhaus und in nicht-benachteiligten Gruppen eher erfolgreich waren – das heisst, dass diese bisher vielfach nicht chancengerecht waren (Curry et al. 2013, zitiert nach Townes et al. 2017).

Lebensphase Erwachsenenalter (Fokus Familie, Beruf) (21-55 Jahre):

Während beim Nichteinstieg der Fokus der Interventionen also weitgehend auf Kinder und Jugendliche angesetzt ist (s.o.), liegt das Hauptaugenmerk bei benachteiligten Erwachsenen bei Massnahmen zum Ausstieg und zur Rückfallprävention. Dazu sind verschiedene Ansätze in unterschiedlichen Settings erfolgsversprechend. Im Folgenden werden psychologische Interventionen, Kurzberatungen, Gruppeninterventionen und Netzwerke, webbasierte Interventionen und NRT-Produkte und E-Zigaretten und ihre Wirkung auf die Chancengerechtigkeit eingehend diskutiert. Daneben gibt es aber auch andere unterstützende Angebote und zum Teil weniger gesicherte Ansätze, wie Rauchstopplinien, Interventionen über körperliche Aktivität und Contingency Management, welche abschliessend kurz vorgestellt werden.

Psychologische Interventionen: Verschiedene Studien zum Tabakausstieg (einschliesslich Rückfallprävention) zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie mit

⁷⁷ Wie in Kapitel 4.3.1.2 erläutert, gibt es aber zur Bildung der Ärzteschaft in der Suchthematik auch in der Schweiz bereits bestehende Initiativen.

oder ohne zusätzliche Pharmakotherapie eine erfolgreiche Massnahme der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen darstellt. Die parallele Bearbeitung von körperlichen Abhängigkeitssymptomen und psychologischen Barrieren ist erfolgversprechend (Hiscock et al. 2012). Ein kürzlich erschienenes Review kommt aufgrund zwei neuerer Studien aus England zum Schluss, dass solche Interventionen aber keine chancengerechte Wirkung haben, wenn sie an die Allgemeinbevölkerung gerichtet sind. Die Rauchstoppraten fallen in den zwei englischen Studien bei benachteiligten Gruppen geringer aus als bei bessergestellten Gruppen (Brose et al. 2015, Hiscock et al. 2012). Guignard et al. (2018) schliessen daraus, dass deshalb weiterhin im Erwachsenenalter zielgruppenspezifische Interventionen nötig sind, um die Chancengerechtigkeit zu verbessern.

Dennoch belegen eine Vielzahl von Studien, dass psychologische Interventionen basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie grundsätzlich auch bei benachteiligten Gruppen wirksam sind. Ein systematisches Review konnte 32 Studien mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Unterstützung des Rauchstopps bei stark benachteiligten Gruppen identifizieren, die vor allem bei benachteiligten Frauen und Personen mit psychischen Störungen positive Effekte vorweisen konnten (Bryant et al. 2011). Auch bei HIV-Patienten erwiesen sich verschiedene Beratungsansätze – mit oder ohne kombinierte Pharmakotherapie – als wirkungsvolle Massnahme (Lifson & Lando 2012). Verhaltenstherapeutische Interventionen durchgeführt mit indigenen Gruppen waren auch unabhängig von der medikamentösen Unterstützung des Rauchstopps effektiv, solange sie zielgruppenspezifisch konzipiert waren (Carson et al. 2012). Verhaltenstherapeutische Ansätze sind also für sich genommen auch bei benachteiligten Gruppen wirksam. Es gibt aber Hinweise, dass besonders kombinierte Ansätze bei Personen mit tiefem sozioökonomischem Status und bei psychisch Kranken erfolgsversprechend sind (Wilson et al. 2017). Dies auch bei Interventionen mit indigenen Gruppen, wo die Kombination von psychologischer Beratung und Pharmakotherapie als wirksamer bewertet wurde als die beiden Interventionen für sich alleine genommen (DiGiacomo et al. 2011). Therapie oder Beratung ist schliesslich vor allem im Gruppensetting mit spezialisierten Fachkräften erfolgreich (Hiscock et al. 2013). Bei Langzeitarbeitslosen und Gefängnisinsassen, die von den Autoren als die am schwersten benachteiligten Gruppen bezeichnet wurden, waren aber auch verhaltenstherapeutische Massnahmen im Gruppensetting nur wenig zielführend und der Rauchstopp konnte nur selten umgesetzt werden (Hiscock et al. 2013). Guignard et al. (2018) weisen zudem darauf hin, dass auch das Setting der Rekrutierung und Durchführung zum Erfolg beitragen kann. Beispielsweise hat sich dafür eine Vernetzung mit den Akteuren der Regelversorgung, eine proaktive Rekrutierung über Sozialarbeitende, Organisationen der Zivilgesellschaft (vgl. soziale Netzwerke s.u.) oder mittels mobilen Angeboten in benachteiligten Quartieren bewährt. Das heisst, dass wie bei Personen im höheren Alter (vgl. Abschnitt Höheres Alter, s.u.) je nach Gruppe eine eher proaktive und aufsuchende Rekrutierung erfolgsversprechend sein kann (Guignard et al. 2018).

Prävention eines Rückfalls (Relapse Prevention) ist jeweils Bestandteil von diesen Interventionen. Spezielle Auswertungen zur Wirksamkeit spezifischer Vorgehensweisen bei benachteiligten Gruppen konnten nicht gefunden werden. In einem *Cochrane Review* (Hajek et al. 2013) wird jedoch festgehalten, dass bisher generell ungenügende Evidenz vorliege, um diesbezüglich ein spezifisches Verhaltenstraining zu favorisieren. Am Stärksten treffe Evidenz für Interventionen der *Relapse Prevention* zu, welche auf die Identifikation und das Vermeiden von Situationen fokussieren, die persönlich zum Rauchen verführen. Daneben wird ebenfalls auf medikamentöse Unterstützung verwiesen (Hajek et al. 2013).

Kurzberatungen: Kurzberatungen bei rauchenden Personen, die Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, können den Rauchstopp fördern und sind gemäss einem kürzlich erschienenen Review weltweit umsetzbar (West et al. 2015). Hierzu zählen auch Kurzberatungen bei Zahnärztinnen und Zahnärzten, die nachweislich die Tabakabstinenzraten im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhen (Carr & Ebbert 2012). Wenn die benachteiligte Zielgruppe also über Zugang zum Gesundheitswesen verfügt und solche Angebote in Anspruch nimmt, scheint die Einbindung der Tabakprävention in die bestehenden Angebote dieser Dienste eine effektive Strategie zu sein. Auch CIPRET Vaud hat zwischen 2011 und 2013 ein Unterstützungsangebot für Personen mit Leseschwäche mit dem Titel „Tabagisme et santé buccodentaire“ lanciert, bei welchem die Schädlichkeit des Tabakkonsums innerhalb einer Broschüre zur oralen Gesundheit thematisiert wurde (Salla et al. 2014). Die Informationen waren verständlich aufbereitet, sodass sie auch für benachteiligte Gruppen nachvollziehbar waren und 95% der Befragten gaben an, dass sie auch etwas zur Schädlichkeit des Tabakkonsums gelernt hätten (Salla et al. 2014). Neben Kurzberatungen kann zudem auch die Einbindung der Rauchstoppberatung in eine bestehende psychotherapeutische Behandlung für benachteiligte Rauchende gute Effekte erzielen, da der Tabakkonsum häufig als Strategie zur Stressbewältigung eingesetzt wird (Twyman et al. 2014). In die gleiche Richtung geht der Befund eines neueren Reviews, dass psychologische Interventionen mit psychisch Kranken und mit Personen mit tiefem Einkommen erfolgsversprechend sind, wenn sie *Mindfulness Training* als Komponente beinhalten (Wilson et al. 2017). Weiter wurden im Rahmen eines Reviews wichtige Implikationen für die Beratung zu häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit einer Tabakreduktion erarbeitet (Smith et al. 2014). Dabei soll bei Beratungen, in denen nach Möglichkeit beide Themen bearbeitet werden, darauf geachtet werden, dass integrierte Stressmanagementstrategien vermittelt werden, dass für beide Partner separate Interventionen geplant werden und dass auch der gemeinsame Umgang mit Tabak thematisiert wird (Smith et al., 2014).

Der Erfolg von Interventionen, die auf eine Verhaltensänderung abzielen, ist auch abhängig von der Kompetenz der Personen, die mit der Durchführung der Intervention beauftragt sind. Die Unterstützung des Rauchstopps im Rahmen einer ärztlichen Beratung zeigte sich als erfolgreicher, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über ein Behandlungsmanual verfügten, dieses auch nutzten und als hilf-

reich einstufen und wenn sie zuvor ein evidenzbasiertes Training durchlaufen hatten (Brose et al., 2015). Der Zugang von behandelnden Personen zu Behandlungsmaterialien mit aktuellen evidenzbasierten Interventionen zur Verhaltensänderung soll demnach gefördert werden. Die Autoren dieser Studie diskutieren aber auch, dass dies nur einer von vielen relevanten Erfolgsfaktoren einer Rauchstoppintervention darstellt und dass die Intervention bei sozioökonomisch benachteiligten oder stark abhängigen Rauchenden weniger wirksam sein kann (Brose et al., 2015).

Gruppeninterventionen und soziale Netzwerke: Das Rauchverhalten in sozialen Netzwerken hat einen grossen Einfluss auf das Rauchverhalten der dazugehörigen Einzelpersonen (für eine Übersicht vgl. Soom Ammann & Salis Gross 2013). Eine frühere Studie konnte zeigen, dass wenn der Partner, ein Familienmitglied oder jemand im Freundeskreis oder Arbeitsumfeld einen Rauchstopp vollzog, die Wahrscheinlichkeit selbst zu rauchen, reduziert war (Christakis & Fowler 2008). Da sich das Rauchverhalten in Kaskaden über enge als auch weite soziale Bindungen verbreitet, ist auch ein gemeinsamer Rauchstopp einer Gruppe wahrscheinlich (Christakis & Fowler 2008). Dass aber lediglich die Verstärkung der Unterstützung durch den Partner eine wirksame Massnahme zum Rauchstopp sein würde, konnte nicht belegt werden (Park et al. 2012). Vielversprechend sind hingegen Studien zu Peer-Support, die den Rauchstopp von anderen Personen in derselben benachteiligten Gruppe unterstützen (Ford et al. 2013). Diese Studien im Review von Ford et al. (2013) berichteten aber lediglich von kurz- und mittelfristig erreichten Erfolgen beim Rauchstopp durch Peer-Support und lassen dabei die Frage der Nachhaltigkeit der Interventionen offen. Um Personen für Rauchstoppprogramme zu rekrutieren, eignen sich persönliche, zielgruppenspezifische Interventionen mit proaktiver Rekrutierung, die über mehrere Kontakte mit der Gruppe erfolgt (Marcano Belisario et al. 2012). Salis Gross (2010) verweist darauf, dass starke Beziehungen für den Suchtausstieg und die Prävention höchst relevant sind und speziell bei benachteiligten Gruppen nachhaltige Effekte zeigen können (vgl. auch Schnoz et al. 2011). Die Einbettung einer Intervention in einem vertrauten Umfeld sowie unter Einbeziehen vorhandener sozialer Netzwerke macht die Teilnahme und den Verbleib im Programm wahrscheinlicher und Erfolge können längerfristig erhalten werden (Salis Gross et al. 2012). Dabei wird die Wirkung von Rauchstoppinitiativen verstärkt, wenn die Partizipation der Zielgruppe bereits in der Planungsphase gewährleistet ist und die Intervention vor der Durchführung in der jeweiligen Gruppe getestet wird (Guignard et al. 2018).

Eine Möglichkeit, um Interventionen in die Lebenswelt von benachteiligten Gruppen einzubetten und soziale Netzwerke einzubeziehen, bietet auch die partizipative Forschung (*Community-based Participatory Research, CBPR*). In den USA wurde im Jahr 2005 ein Community Networks Program initiiert, um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Bereich von Tabak bedingten Krebserkrankungen zu verringern. Während fünf Jahren wurden 25 solcher Netzwerke finanziert. Den Netzwerken wurde ein konzeptueller Rahmen vorgegeben, welcher Prinzipien des CBPR und den Gebrauch eines Logic Models beinhaltet. Inhaltlich konnten sich die Netzwerke nach den Bedürfnissen der involvierten Communities ausrichten (Tong

et al. 2015). Im Rahmen der Netzwerke entstanden so unter anderem partizipative Interventionen zur Tabakprävention. Diese setzten sowohl auf struktureller (policy) Ebene, wie auch mehrheitlich auf der individuellen Ebene an. Im Review von Tong et al. (2015) sind sieben solcher Interventionen aufgeführt. Alle diese konnten (zumindest kurzfristige) Erfolge in Bezug auf Rauchstoppraten oder die Verringerung des Tabakkonsums erzielen. Ein systematischer Vergleich der Wirksamkeit der Community Networks war aber aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausrichtung bisher nicht möglich (Tong et al. 2015).

Webbasierte Rauchstoppinterventionen: Raucherinnen und Raucher nutzen in anderen Ländern (zur Schweiz gibt es bisher noch keine Daten dazu) fast doppelt so häufig wie Nichtraucher das Internet, um Unterstützung in Gesundheitsbelangen zu suchen (Shahab et al. 2014). Angebote der Tabakprävention im Internet (z.B. online-Plattformen, webbasierte Rauchstoppprogramme, Vernetzung über Gruppenchats und/oder soziale Medien), welche in den folgenden Abschnitten diskutiert werden, können benachteiligte Gruppen somit grundsätzlich gut erreichen. Zur Wirksamkeit von webbasierten Angeboten fehlt bisher jedoch noch Evidenz (Hiscock et al. 2012). Sofern die Angebote sorgfältig auf die benachteiligte Gruppe zugeschnitten sind und über eine glaubwürdige Quelle vermittelt werden, gelten webbasierte Angebote zur Unterstützung des Rauchstopps bei Personen in benachteiligten Gruppen als wirksam. Auch innovative Interventionen mit Nachrichtensendungen über das Mobiltelefon können langfristige Erfolge bei der Umsetzung des Rauchstopps bringen (Whittaker et al. 2012). Da viele der benachteiligten Gruppen über regelmässige oder teilweise auch übermässige Mobiltelefon- und Internetnutzung berichten, bietet es sich an, zukünftige Interventionen kostengünstig mit Einbezug dieser neuen Technologien zu planen. Dennoch darf dabei nicht vergessen werden, dass es auch Gruppen gibt, wie beispielsweise die erste Generation der Migrationsbevölkerung, in welchen noch nicht alle Personen über das technische *Know-How* verfügen (*Digital Divide*) oder die sich durch die Informationsflut im Internet überfordert fühlen (Kaya 2018b) (vgl. auch Kap. 4.3.1.2). Durch partizipative Einbindung von Gruppenmitgliedern der anvisierten benachteiligten Gruppe kann diesem Umstand hinsichtlich Interventionsplanung Rechnung getragen werden.

Webbasierte Angebote der Tabakprävention zeigen also vielversprechende Ergebnisse und haben eine grosse Reichweite. In einem *Cochrane Review* konnte gezeigt werden, dass vor allem webbasierte Interventionen mit interaktiven Elementen, die genau auf die Zielgruppe zugeschnitten waren, als effektive Unterstützung beim Rauchstopp zu werten waren (Civljak et al. 2013). Der Vergleich von webbasierten Interventionen zur Tabakreduktion mit *Face-to-Face*-Angeboten und Selbsthilfetools zeigte hingegen keine konsistenten Effekte (Civljak et al. 2013). Allerdings konnte in einer niederländischen randomisiert-kontrollierten Studie gezeigt werden, dass Personen mit einem erhöhten Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen webbasierte Angebote zur Gesundheitsförderung häufiger als empfohlen genutzt haben (Reinwand et al. 2015). Dennoch verweisen die Autoren darauf, dass zukünftige Forschung relevant sei, um webbasierte Interventionen der Tabakprävention

für Personen mit einem ungesunden Lebensstil, der vor allem mit tiefem sozioökonomischem Status assoziiert wird, attraktiver zu machen. Der Impact von webbasierten Tabakpräventionsmassnahmen auf bestehende soziale Ungleichheiten muss dabei genauer überprüft werden (Reinwand et al. 2015).

Ein Review zu 60 randomisiert kontrollierten Studien zum Rauchstopp oder zur Rückfallprävention anhand von elektronischen Hilfen, wozu die Autoren unter anderem statische oder interaktive Internetseiten, Computerprogramme zur Generierung von individuell zugeschnittenen Briefen und Selbsthilfematerialien oder Textnachrichten über Mobiltelefone zählten, konnte ebenfalls die Akzeptanz dieser Ansätze bei benachteiligten Gruppen aufdecken (Chen et al. 2012). Die im Review von Chen et al. (2012) untersuchten 60 Interventionen beinhalteten jeweils sehr unterschiedliche Komponenten. Darunter finden sich beispielsweise relativ einfache Interventionen mit lediglich individuell zugeschnittenen, computergenerierten Briefen, aber auch aufwändigere, ausschliesslich webbasierte Rauchstoppprogramme mit interaktiven Komponenten, welche zusätzlich Möglichkeiten zur sozialen Interaktion über Gruppenchats boten und zudem noch individuell zugeschnittene E-mails oder SMS versandten (Chen et al. 2012). Keine der untersuchten Studie mass direkt die Wirksamkeit der Interventionen entlang des sozioökonomischen Status. Einige Studien prüften jedoch die Akzeptanz von elektronischen Hilfen bei benachteiligten Gruppen. So wurde beispielsweise eine Intervention in den USA zur Erhöhung der Motivation zum Rauchstopp mithilfe von Fokusgruppen auf die Bedürfnisse von sozioökonomisch benachteiligten Frauen angepasst. Das resultierende Angebot war ein ausschliesslich webbasiertes Programm, welches aber Videos von Gesundheitsfachleuten zu den Risiken des Tabakkonsums und Vignetten zu Einstellungen und Motivation zum Rauchstopp von Ex-Raucherinnen aus der Zielgruppe beinhaltete. Zudem bot es die Möglichkeit, alle Webseitentexte auch über Audio-wiedergabe abzuhören. Das Programm erzielte eine hohe Akzeptanz unter den Teilnehmerinnen (McDaniel et al. 2005 zitiert nach Chen et al. 2012). Das Review unterstreicht die Wichtigkeit der Akzeptanz der Programme durch die benachteiligte Gruppe und fordert die Überprüfung der Effektivität des Einbezugs von Mitgliedern der Zielgruppe bei der Entwicklung der Programme (Chen et al. 2012).

Verschiedene Reviews zur Effektivität von Interventionen mit SMS-Nachrichten zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens zeigten vielversprechende Effekte, konnten aber meist nicht sagen, welche Faktoren dafür verantwortlich waren, dass sich das Gesundheitsverhalten der Stichprobe mit der Intervention mehr oder weniger verbessert hatte (Hall, Cole-Lewis, et al. 2015). Qualitativ starke Studien zur Effektivität von SMS-basierten Interventionen zum Rauchstopp in benachteiligten Gruppen sind bislang noch relativ rar. Die Nutzung von neuen Kommunikationsmedien für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen befindet sich noch am Anfang. Neben SMS, können auch Gruppenchats im WhatsApp, Foren, spezifische Seiten und Gruppen bei Facebook oder vergleichbare virtuelle soziale Netzwerke für die Erhöhung der Gesundheitskompetenz oder die Unterstützung eines Rauchstoppvorhabens verwendet werden. Dabei soll diejenige Person, welche die

Gruppe erstellt, möglichst gemäss dem Peer-Ansatz gewählt werden, um die Akzeptanz und Glaubwürdigkeit der Präventionsstrategie zu erhöhen. Verglichen mit webbasierten zielgruppenspezifischen Textinterventionen, zeigen webbasierte Interventionen mit Videobotschaften, die auf die Zielgruppe zugeschnitten sind, unabhängig vom Bildungsstand positive Effekte hinsichtlich Rauchstopp, speziell auch für die Gruppe der Rauchenden mit niedriger Aufhörbereitschaft (Stanczyk et al. 2014). Personalisierte Interventionen mit Echtheits- und bestenfalls auch Echtzeitelementen scheinen auch für benachteiligte Gruppen attraktiv zu sein und zukünftige Forschung wird sicherlich daran anknüpfen. Das Interventionselement der starken Kontakte kann auch expliziter Teil solcher Interventionen werden, wovon die Änderungsmotivation und auch Rückfallvorbeugung der Teilnehmenden profitieren kann.

Die Kommunikation von gesundheitsrelevantem Wissen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dieser Gruppen ist ebenfalls ein relevanter Aspekt der webbasierten Angebote (Beacom & Newman 2010). Online-Plattformen, die aber lediglich Gesundheitsinformationen bereitstellen, sind alleine nicht ausreichend, während interaktive Programme Effekte zeigten. Dies zeigte sich auch im Vergleich mit einer interaktiven webbasierten Intervention zur Tabakreduktion mit dem Namen *Stop Advisor*, die erfolgreicher war für den Rauchstopp in Gruppen mit tiefem sozioökonomischem Status (Brown et al. 2014). Die Autoren dieser Studie schlussfolgerten, dass die Implementierung solcher Programme leicht umsetzbar ist und die Rauchstoppzeiten in benachteiligten Gruppen verbessern könnte.

Mit der Möglichkeit von webbasierten Interventionen öffnet sich auch ein neues Feld der Beratung und Intervention bei Dualdiagnosen, wenn eine doppelte Substanzabhängigkeit vorliegt oder die Substanzabhängigkeit an eine psychische Störung gekoppelt ist. Die Komorbidität kann ebenfalls als Benachteiligung definiert werden, da die eine störungsspezifische Komponente häufig den kombinierten Substanzgebrauch in negativer Weise beeinflusst. Da beim Co-Konsum von Tabak und Cannabis meist keine Veränderungsbereitschaft bei den Konsumenten zu finden ist, wurde in einer dreiarmligen randomisiert kontrollierten Studie überprüft, ob eine webbasierte Kurzintervention geeignet sei, um die Bereitschaft für einen doppelten Rauchstopp zu erhöhen (Becker et al. 2014). Nachdem sich eingangs eine erhöhte Bereitschaft für einen Rauchstopp beider Substanzen bemerkbar machte, konnte bei der *Follow-Up* Befragung nach 8 Wochen in keiner der drei Gruppen (personalisiertes normatives Feedback vs. motivierende Gesprächsführung vs. Psychoedukation) eine signifikante Reduktion des Tabak- oder Cannabiskonsums festgestellt werden (Becker et al. 2014). Demnach wäre zukünftig zu prüfen, ob eine zusätzliche Intervention zum Zeitpunkt der anfänglichen Generierung der Bereitschaft zur Konsumverhaltensänderung bei Personen einzusetzen wäre, die im Sinne einer doppelten Abhängigkeit benachteiligt sind.

NRT-Produkte und E-Zigaretten: Aufgrund von weniger zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Erlangung von Gesundheitskompetenz in benachteiligten Gruppen, kann auch das Aufzeigen von Alternativen zum Zigarettenrauchen eine

wichtige Komponente der Tabakprävention darstellen. Auch hier gilt es, bestehende Barrieren abzubauen, was beispielsweise durch die Begleitung oder eine achtsame Beratung beim erstmaligen Kauf von Nikotinersatzprodukten und Erläuterung der Packungsbeilage geschehen kann. Die sogenannte Nicotine Replacement Therapy (NRT) ist eine sichere und effektive Massnahme zur Unterstützung eines Rauchstoppvorhabens. Für den erfolgreichen Umstieg auf Alternativen zum Zigarettenkonsum scheint mitunter auch die Motivation zur Verhaltensänderung ausschlaggebend zu sein (Jha & Peto 2014). Wenn bei Personen, die vorher 15 oder mehr Zigaretten pro Tag geraucht haben, tatsächlich ein Rauchstoppversuch erfolgt und diese Personen NRT-Produkte in Anspruch nehmen wollen, gilt diese Massnahme als höchst effizient (West et al. 2015). Dabei gilt es aber zu beachten, dass bei einkommensschwachen Gruppen die Kosten einer Nikotinersatztherapie nicht zu einem Hindernis werden (Guignard et al. 2018). In den USA konnten Interventionen, welche die Kosten für NRT-Produkte übernahmen, Erfolge bei benachteiligten Gruppen erzielen (Fu et al. 2016, Haas et al. 2015).

Ein Review zeigte, dass die Pharmakotherapie mit Bupropion oder Varenicilin (Champix®) bei Patienten mit einer Schizophrenie einen Rauchstopp unterstützen konnte, wobei bei Varenicilin unklar sei, ob psychiatrische Nebenwirkungen auftreten (Tsoi et al. 2013). In einer randomisiert Placebo-kontrollierten Doppelblindstudie zeigte Varenicilin jedoch positive Effekte auf die Rauchstopprate bei Personen mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen, ohne die psychotischen Symptome zu verschlimmern (Williams et al. 2012).

Gleichwohl stellt sich beim Einsatz von Nikotinersatzprodukten bei benachteiligten Gruppen die Frage, ob die Zielgruppe diese Medikamente auch konsequent verwendet (Hollands et al. 2015). Dies ist unter anderem auch für Opioid-abhängige Personen der Fall, bei denen NRT Therapien bisher nur gemischte Erfolge zeigten (Miller & Sigmon 2015). Demnach müssten allenfalls im Rahmen der Intervention auch Strategien für die Einhaltung der Medikamentenbestimmungen bedacht werden. Zurzeit beschränkt sich die Evidenz dazu nur auf wenige Studien und lässt keine klaren Schlüsse zu, ob die Einnahme von NRT-Produkten bei abhängigen Raucherinnen und Rauchern verbessert werden kann (Hollands et al. 2015). Bei der Befragung von Experten der Tabakprävention in Australien und Neuseeland wurden medizinische Interventionen bei Personen aus benachteiligten Gruppen mit schlechter psychischer Gesundheit und/ oder schlechten finanziellen Verhältnissen sogar als wirksamste Strategie der Tabakprävention identifiziert (Paul et al. 2013).

Benachteiligte Gruppen sollen auch über die Diskussion zu den elektronischen Zigaretten möglichst differenziert informiert werden, damit die Gefahren (Beibehalten von Rauchgewohnheiten in Form einer Zigarette, Nikotin oder allenfalls andere gesundheitlich problematische Stoffe) bekannt sind. Aktuell ist die Diskussion zu E-Zigaretten noch voll im Gange: So werden diese z.B. als Möglichkeit im Rahmen einer Schadensminderung benannt (Hall et al. 2015), oder es wurde die Effektivität von E-Zigaretten mit und ohne Nikotin mit der Effektivität eines Niko-

tinersatzproduktes in Pflasterform bei Personen mit einer diagnostizierten psychischen Störung verglichen (O'Brien et al. 2015). Dabei zeigte sich kein Unterschied zwischen E-Zigaretten und NRT-Produkten und alle Gruppen rauchten nach der Intervention weniger als vorher. In der Schweiz hat ein Konsens-Papier die Expertenmeinungen im Rahmen einer Delphi-Studie erhoben (Blaser & Cornuz 2015). Hier wird darauf verwiesen, dass nikotinhaltige E-Zigaretten nur reguliert zugänglich gemacht werden sollten, und zwar unter folgenden Bedingungen: Zugänglich nur für Erwachsene, unter Einhaltung von Qualitätsstandards, mit der Festlegung einer oberen Nikotingrenze und unter Angabe von weiteren Inhaltsstoffen. Die Promotion solle ebenfalls Restriktionen unterliegen und der Gebrauch im öffentlichen Raum verboten werden. Die Schweizer Behörden werden darin aufgerufen, spezifische Regulierungen zum Verkauf von nikotinhaltigen E-Zigaretten zu etablieren.

Weitere unterstützende Angebote oder weniger gesicherte Ansätze: Auch wenn die Nutzung von Rauchstopplinien durch benachteiligte Gruppen als Zusatzangebot zu funktionieren scheint (Miller & Sedivy 2009), sind Hiscock et al. (2012) in ihrem Review skeptisch gegenüber der Wirksamkeit dieser Massnahme und verweisen darauf, dass vor allem gut gebildete Personen davon profitieren würden. Diese Skepsis ist sicherlich berechtigt, dennoch können bevölkerungsnaher Rauchstopplinien (z.B. auch in der Sprache der Zielgruppe) positive Einflüsse auf die Veränderung des Rauchverhaltens haben, wobei eine intensiviertere und proaktive Strategie mit mehreren Kontakten erfolgsversprechend scheint (Stead et al. 2013).

Da Personen in benachteiligten Gruppen häufig nicht unmittelbar einen Rauchstopp anvisieren, aber ihren Tabakkonsum reduzieren möchten, wurde in einer Pilotstudie die Wirksamkeit einer Intervention mit personenzentrierten Beratungen zur Reduktion des Tabakkonsums und Erhöhung der körperlichen Aktivität untersucht (Taylor et al. 2014). Die Autoren spielten dabei mit der Idee, dass die positiven Effekte von vermehrter sportlicher Aktivität und reduziertem Tabakkonsum womöglich auch die Absicht für einen Rauchstopp erhöhen könnten. Die Intervention konnte eine Reduktion der Anzahl gerauchter Zigaretten und vereinzelt auch Rauchstoppversuche bewirken (Taylor et al. 2014). Auch wenn die Studie als kosteneffektiv beurteilt wurde, empfehlen die Autoren die Überprüfung der Kosteneffektivität und Wirksamkeit anhand einer grösseren randomisiert kontrollierten Studie in benachteiligten Bevölkerungsgruppen. An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass Interventionen, welche die körperliche Aktivität in benachteiligten Gruppen verbessern möchten, als effektive Massnahme der Tabakprävention bestehen können, sofern die Zielgruppe körperlich in der Lage ist, die Inhalte des Programms umzusetzen. Die zielgruppenspezifische Ausrichtung ist auch hier ein wichtiger Erfolgsfaktor, um die Akzeptanz in der Gruppe zu erhöhen (Taylor et al. 2014). Allerdings wird von den Akteuren der Tabakprävention in der Schweiz klar die Devise vertreten, dass eine Reduktion des Tabakkonsums keine Option darstellt, und der entsprechende Slogan „Jede Zigarette schadet!“ verbreitet werden sollte.

Auch *Contingency Management* (Belohnungssystem in Form von Vouchers) konnte die Aufrechterhaltung des Rauchstopps in bestimmten benachteiligten Gruppen begünstigen, wie ein Review bei Schizophrenie-Patienten zeigen konnte (Tsoi et al. 2013). Bei Opioid-Abhängigen zeigte diese Intervention nur kurzfristig positive Effekte auf eine Abnahme des Tabakkonsums (Dunn et al. 2011). Eine Meta-Analyse von 34 Studien konnte zudem einen stärkeren Effekt von finanziellen Anreizen bei stark benachteiligten Personen feststellen. Dies allerdings nur zum Messzeitpunkt zwischen 6 bis 12 Monaten ab Studienbeginn (Mantzari et al. 2015). Von der Universität Miami wurde im März 2015 eine klinische Studie registriert, welche die Effektivität von *Contingency Management* bei schwangeren Frauen aus Minoritäten untersuchen will und vermutet, dass Psychoedukation zum Rauchausstieg in Kombination mit *Contingency Management* kurz- und langfristig positive Effekte zeigt (NCT02195570). Ob Massnahmen mit Belohnungssystem für Tabakabstinenz in einer bestimmten benachteiligten Gruppe dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, muss im Einzelfall geprüft werden.

Lebensphase Höheres Alter (ab 55 Jahren):

Wenige Studien existieren zu Rauchstoppinterventionen im höheren Alter. Eine Meta-Analyse von 29 Rauchstoppinterventionen mit Teilnehmenden ab 50 Jahren, fand dass auch in dieser Zielgruppe gängige pharmakologische, nicht-pharmakologische und kombinierte Interventionen erfolgreich sind (Chen & Wu 2015). Innerhalb dieser Altersgruppe waren ältere Teilnehmende erfolgreicher als jüngere und face-to-face Interventionen erzielten bessere Resultate als solche, die lediglich über das Telefon durchgeführt wurden. Auch waren Studien, die eine biochemische Überprüfung des Raucherstatus durchführten, erfolgreicher als jene die sich auf Eigenangaben verliessen (Chen & Wu 2015).

Der Erfolg von Interventionen zur Tabakprävention bei älteren Menschen kann zudem generell erhöht werden, wenn das Informations- oder Selbsthilfematerial altersspezifisch ist. Das heisst, dass es auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe eingeht und dass zum Beispiel physische Benachteiligungen und Einschränkungen im Seh- und Hörvermögen berücksichtigt werden (Schnoz et al. 2006). Als erfolgreiches Beispiel einer auf ältere Raucher zugeschnittene Selbsthilfebroschüre wird wiederholt der „*Clear Horizons*“-Führer genannt (Schnoz et al. 2006, Chen & Wu 2015), der in einer Studie sogar ohne zusätzliche Intervention zu erhöhten Abstinenzraten führte (Rimer et al. 1994).

Ein Bericht zur Gesundheitsförderung im Alter bei benachteiligten Gruppen in der Schweiz kommt zudem zum Schluss, dass erfolgreiche Ansätze zur Tabakprävention, die im Migrationsbereich entwickelt wurden, auch generell auf benachteiligte Menschen im höheren Alter übertragen werden können (Soom Ammann & Salis Gross 2011). Diese Ansätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie aufsuchend sind,

auf bereits bestehende Gruppen oder Beziehungen aufbauen, sich an der Lebenswelt der Teilnehmenden orientieren und ressourcenstärkend wirken (vgl. Rauchstoppkurse für Migrantinnen und Migranten aus der Türkei, *Tiryaki Kukla* in Kapitel 4.3.3 Good-Practice Beispiele).

4.3.2.2 Spezifische Ansätze nach horizontalen Benachteiligungsdimensionen:

Gender:

In der Schweiz scheinen die Projekte der Tabakprävention für Jugendliche und Kinder (vgl. Kap. 4.3.2.1) potentielle Benachteiligungsdimensionen v.a. unter dem Referenzsystem Gender und Diversität gefasst anzugehen. So wurde beispielsweise an der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich eine Gender- und Diversity-Checkliste für Schulen erarbeitet und in den Teams trianguliert (Pfister 2014). Diversität wird hier als Sammelbegriff für alle anderen sozialen Differenzierungskriterien wie sozioökonomischer Status, Migration, Alter, Behinderungen/Beeinträchtigungen oder sexuelle Orientierung/Identität gefasst (Pfister 2014). Das Projekt ist in unserem Zusammenhang insofern relevant, weil es aufzeigt, dass anhand von Reflexionsinstrumenten (wie Checklisten) die Regelangebote für eine Öffnung und Anpassung ihrer Interventionen auf benachteiligte Sub-Zielgruppen motiviert werden können. Im Jahr 2012 stellte eine Studie zur familienbezogenen Suchtprävention in der Schweiz im Bereich der gendersensiblen Arbeit noch Handlungsbedarf fest (Ernst & Kuntsche 2012). Genderaspekte wurden zu diesem Zeitpunkt in der Praxis noch wenig berücksichtigt, obwohl die befragten Organisationen eine gendersensible Suchtprävention oft als wichtig erachteten (Ernst & Kuntsche 2012). Inwiefern Gender- und Diversitätschecklisten seither systematisch genutzt werden und welche Wirkung sie zeigten, ist unseres Wissens aber noch nicht evaluiert worden. Studien zur Wirkung von Gender- oder Diversitätschecklisten auf den Interventionserfolg und auf die Chancengerechtigkeit in der Tabakprävention konnten auch in der aktualisierten systematischen Literaturrecherche (ab 2015) nicht gefunden werden.

Ähnlich wie in den Bereichen Bewegung und Ernährung und psychische Gesundheit (vgl. Kapitel 4.1.2.1 bzw. 4.2.2.1) gibt es auch im Bereich der Tabakprävention Anzeichen, dass sich Interventionen im schulischen Setting unterschiedlich auf die Geschlechter auswirken können. Auch hier ist wieder die Publikation von Resultaten nach Geschlechtern noch unzureichend. Ein Review von 50 Studien, welches die Wirksamkeit von Interventionen im Rahmen des Schulunterrichts untersuchte, fand nur eine geringe Anzahl von Studien, welche Resultate nach Geschlechtern auswies (Thomas et al. 2015). Nur fünf bzw. vier Studien, welche Daten zur Wirksamkeit getrennt nach weiblichen bzw. männlichen Teilnehmenden publizierten, konnten für eine Meta-Analyse nach Geschlechtersubgruppen verwendet werden. Über diese fünf bzw. vier Studien gemessen zeigten schulbasierte Interventionen

bei Mädchen, nicht aber bei Jungen, einen signifikanten Effekt im Sinne eines verringerten Risikos für den Einstieg ins Rauchen (Thomas et al. 2015).

Im Erwachsenenalter haben sich frauenspezifische Interventionen zum Rauchstopp während der Schwangerschaft etabliert. Diese sind relativ gut auf ihre Wirksamkeit in benachteiligten Gruppen erforscht und wurden bereits im Lebensabschnitt Schwangerschaft/frühe Kindheit vorgestellt (s.o.). Inwiefern es aber auch sonst genderspezifische Interventionen zum Rauchstopp braucht, kann über die vorliegende Literaturrecherche nicht beantwortet werden. Eine erste vertiefte Analyse von Frauen und Rauchen in Deutschland wurde 2008 veröffentlicht, welche Empfehlungen zur frauenspezifischen Tabakentwöhnung hervorbrachte, die damals bereits in Schweden umgesetzt worden waren (Pust et al. 2008). Im Rahmen dieser Analyse wurde auf die Relevanz von genderspezifischer Begleitforschung der Tabakprävention verwiesen. Diese ist aber so bis heute unseres Wissens noch nicht umgesetzt worden.

Im Zusammenhang mit Interventionen zur Änderung von gesundheitsrelevantem Verhalten, wozu auch Rauchstoppinterventionen gehören, wird oftmals thematisiert, dass Frauen in diesen Interventionen eher übervertreten sind. Dies wurde auch in Bezug auf Interventionen festgestellt, welche Teilnehmende über Facebook rekrutierten (Whitaker et al. 2017). Technologiebasierte Interventionen werden vielfach als unausgeschöpftes Potential beschrieben, um auch schwer erreichbare Gruppen anzusprechen. Basierend auf dem Review von Whitaker et al. (2017) ist aber anzunehmen, dass dies nicht automatisch der Fall ist, da junge weisse Frauen in den untersuchten Studien oft übervertreten waren. Dies legt nahe, dass auch Interventionen über soziale Medien oder das Internet zielgruppengerecht zugeschnitten werden müssen, falls bestimmte, schwer erreichbare Gruppen rekrutiert werden sollen.

Migrationshintergrund:

Wie oben dargelegt (vgl. Kap. 4.3.2.1 Erwachsenenalter), können webbasierte Interventionen mit Videobotschaften, die auf die Zielgruppe zugeschnitten sind, unabhängig vom Bildungsstand positive Effekte hinsichtlich des Rauchstopps erzielen. Dies ist auch der Fall für Rauchende mit niedriger Aufhörbereitschaft (Stanczyk et al. 2014). In der Schweiz hat die Migrationsbevölkerung weitgehend Zugang zum Internet und zu sozialen Medien. Die Kampagne *SmokeFree* beispielsweise, welche 2017 als Pilotprojekt in Medien der Migrationsbevölkerung verbreitet wurde, erreichte auch im Internet und über Facebook viele Personen der angesprochenen Zielgruppen (Kaya 2018a) (vgl. Kap. 4.3.1.3 Migrationshintergrund). Eine kürzlich erstellte qualitative Studie deutet zudem darauf hin, dass sich auch eine Mehrheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zu Gesundheitsfragen über das Internet informiert (Kaya 2018b). Mit dem richtigen Angebot kann über das Internet somit eine breite Gruppe innerhalb der Migrationsbevölkerung erreicht werden,

während die Anzahl der Teilnehmenden beispielsweise bei Gruppenrauchstoppkursen begrenzt ist. Um über solche webbasierten Angebote auch ältere Personen und solche mit tiefem Bildungsstand oder mit eingeschränkten Kenntnissen der Landessprachen zu erreichen, sind eine einfache Sprache ohne Fachjargon und Informationen in der Herkunftssprache wichtige Erfolgskriterien (Kaya 2018b). Zudem bekunden besonders ältere Menschen und solche mit tiefem Bildungsstand oft Mühe, mit der Informationsflut im Internet umzugehen und qualitativ gute Gesundheitsinformationen zu identifizieren. Dies kann zu Unsicherheit, Zweifeln und vermehrtem Stress führen und auch einen „Informationskonflikt“ hervorrufen, wenn die Informationen aus dem Web nicht jenen des Hausarztes oder anderer Akteure des Gesundheitswesens entsprechen (Kaya 2018b). Eine Hilfestellung zum Finden von vertrauenswürdiger Gesundheitsinformation im Internet wäre deshalb besonders für die ältere Migrationsbevölkerung mit tiefem Bildungsstand wichtig (Kaya 2018b).

Auch wenn webbasierte Angebote eine grössere Anzahl Menschen erreichen können, so ist ein Rauchstopp auch bei Gruppen mit Migrationshintergrund, wie generell bei benachteiligten Gruppen (vgl. Kap. 4.3.2.1 Erwachsenenalter), langfristig am erfolgreichsten, wenn er innerhalb eines sozialen Netzwerks vollzogen wird (Salis Gross et al. 2012). Idealerweise bietet ein solches Netzwerk ein akzeptierendes und unterstützendes Umfeld, in dem bestenfalls noch weitere Mitglieder dieselbe Verhaltensänderung vollzogen haben (Salis Gross et al. 2012). So zeigte die Evaluation eines entsprechenden Pilotprojektes mit Gruppenrauchstoppkursen in der Muttersprache für türkische MigrantInnen in der Schweiz (*Tiryaki Kukla*, vgl. Good-Practice Beispiele Kapitel 4.3.3) eine ausgesprochen hohe Haltequote sowie sehr hohe *Quit*-Raten auch noch ein Jahr nach dem Rauchstopp (Schnoz et al. 2011).

Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität:

Spezifische auf die Gruppe der LGBT zugeschnittene psychologische Interventionen wurden in einem Review von 19 Studien (mit 17 Interventionen) als grundsätzlich wirksam befunden (Berger & Mooney-Somers 2017). Die meisten dieser Interventionen waren inhaltlich und vom Setting her zielgruppenspezifisch aufgebaut, indem sie z.B. in LGBT Treffpunkten abgehalten wurden und Probleme wie „social justice“ oder LGBT spezifische Auslöser diskutierten. Die meisten dieser Interventionen wurden zudem von zivilgesellschaftlichen LGBT Organisationen durchgeführt und waren gruppenbasiert. Die Rauchstopprate über alle Studien gerechnet betrug 61% am Ende der Interventionen und rund 40% nach 3-6 Monaten, was höher ist als in Interventionen in der allgemeinen Bevölkerung (Berger & Mooney-Somers 2017). Die Autoren identifizieren als wichtigste zielgruppenspezifischen Adaptionen den Einsatz von LGBT Kursleitern, Diskussion von LGBT-spezifischen Triggern und von Hormonersatztherapie. Eine angepasste Bildsprache schien weniger wichtig zu sein, unter anderem auch deshalb, weil eine ungeschickte Bildauswahl auf gewisse Subgruppen oder Identitäten innerhalb der LGBT Community eher befremdend als identifizierend wirken kann. Auch ist das Thema

HIV nicht für alle Teilnehmenden relevant und die Autoren schlagen gesonderte Rauchstoppgruppen für HIV-positive Personen vor, damit das Thema frei diskutiert werden kann (Berger & Mooney-Somers 2017). Als potentiell effektive Verhaltensänderungstechniken identifiziert das Review jene, welche eine aktive Komponente haben, z.B. indem die Teilnehmenden Barrieren und befähigende Faktoren identifizieren, in einem Assessment teilnehmen oder eine Verpflichtung eingehen. Im Gegensatz dazu scheinen Ratschläge, eine Thematisierung des Rauchverhaltens, der Fokus auf eine Ex-Raucheridentität, sowie die Messung von ausgeatmetem Kohlenmonoxid, in der Einschätzung von Berger und Mooney-Somers (2017) nicht relevant zu sein. Anzumerken ist schliesslich, dass die untersuchten Studien nicht alle LGBT Gruppen gleichermaßen erreicht haben. Die Interventionen wurden mehrheitlich unter homosexuellen Männern durchgeführt. Etwa ein Drittel der Teilnehmenden waren Frauen und nur 3% transidente Menschen. Eine weitere Limitierung ist, dass die untersuchten Studien keine Kontrollgruppen aufwiesen (Berger & Mooney-Somers 2017).

Aus einer amerikanischen Studie, die sich mit den Präferenzen von spezifischen Rauchstoppinterventionen für Homosexuelle, Bisexuelle und Transgender (LGBT) auseinandergesetzt hat, geht hervor, dass die Akzeptanz von evidenzbasierten Rauchstoppinterventionen wie NRT-Produkten in dieser Gruppe vorhanden ist, dass aber viele keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen würden (Levinson et al. 2012). Daraus folgerten die Autoren, dass Präventionskampagnen die Motivation zum Rauchstopp verstärken und nichtklinische Angebote für Personen mit homo- und bisexueller Orientierung oder unbestimmter Genderidentität zugänglich machen sollten (Levinson et al. 2012).

Ein besonderes Augenmerk ist zudem darauf zu richten, dass das Rauchverhalten auch innerhalb der Gruppe der LGBT nicht gleichförmig ist, was eventuell unterschiedliche Präventionsansätze je nach Subgruppe erfordert. In den USA beispielsweise hängt das Rauchverhalten auch von der ethnischen Herkunft ab, wobei es weniger Rauchende unter schwarzen Schwulen und Lesben gibt (Ortiz et al. 2015). Andererseits können sich Interventionen – im Sinne der Intersektionalität – unterschiedlich entlang von weiteren Benachteiligungsdimensionen auswirken. Zwei LGBT-spezifische Gruppeninterventionen aus den USA zur Unterstützung des Rauchstopps waren zwar generell sehr erfolgreich und führten zu Rauchstoppzeiten unter den Studienteilnehmenden von knapp 90% (Walls & Wisneski 2010) bzw. 60% (Eliason et al. 2012). LGBT aus ethnischen Minoritäten konnten dabei aber weniger oft einen Rauchstopp vollziehen als weisse Studienteilnehmende.

In Bezug auf effektive Rauchstoppinterventionen bei LGBT Jugendlichen und jungen Erwachsenen gibt es Evidenz dazu, dass LGBT-spezifische, beratungsbasierte Gruppeninterventionen generell zu hohen Rauchstoppzeiten in dieser Zielgruppe führen (Baskerville et al. 2017). Ein Beispiel dafür ist das Schweizer *Queer Quit* Programm (vgl. Kap. 4.3.3 Good-Practice Beispiele), welches zu Rauchstoppzeiten von 66% nach sieben Wochen respektive 29% nach sechs Monaten ab Beginn der In-

tervention führte (Dickson-Spillmann et al. 2014). Anzumerken ist, dass die Qualität der existierenden Studien zu Interventionen mit LGBT Jugendlichen und jungen Erwachsenen bisher noch unzureichend ist (Baskerville et al. 2017). Die meisten publizierten Artikel sind rein deskriptive Studienevaluationen, welche oftmals nicht peer-reviewed sind und ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurden (Baskerville et al. 2017). Weitere qualitativ hochstehende Interventionsstudien in der Zielgruppe der LGBT Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind also nötig. Insbesondere auch, weil die Resultate von Interventionen, die mit erwachsenen LGBT Personen durchgeführt werden, nicht automatisch auf Jugendliche übertragen werden können (Baskerville et al. 2017).

Das Review von Baskerville et al. (2017) konnte auch keine Studie finden, die die Wirkung von schulbasierten, nicht-zielgruppenspezifischen Interventionen zur Tabakprävention (vgl. Kap. 4.3.2.1 Lebensphase Jugend und junge Erwachsene) auf LGBT Jugendliche und junge Erwachsene untersucht. Dies, obwohl über 200 publizierte Studien zu solchen schulbasierten Programmen gefunden wurden (Baskerville et al. 2017). Gleichsam kritisiert Pfister (2015), dass die sexuelle Diversität in der Suchtprävention bei Jugendlichen noch zu wenig berücksichtigt wird. Diese könnte im Sinne der *Diversity Education* in die Präventionsarbeit integriert werden, was nicht nur sexuellen Minderheiten zugutekommen würde (Pfister 2015). Dass solche Ansätze erfolgreich sein können, zeigen Studien zu Antidiskriminierungsstrategien an Schulen (Gay-Straight Alliances, non-discrimination und anti-bullying policies, vgl. Kap. 4.2.2.2), welche unter anderem auch zu einem verringerten Tabakkonsum bei LGBT Jugendlichen führen konnten (Baskerville et al. 2017, Hatzenbuehler et al. 2011).

Weitere Forschungslücken bestehen hinsichtlich von technologiebasierten Interventionen (z.B. per SMS) in der Zielgruppe der LGBT Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Baskerville et al. 2017). Auch bei LGBT Jugendlichen und jungen Erwachsenen besteht – wie im Erwachsenenalter – ein Bedarf an Studien, welche transidente Menschen stärker berücksichtigen und auf die Verschränkung der sexuellen Orientierung mit anderen Benachteiligungsdimensionen wie z.B. der ethnischen Zugehörigkeit achten (Baskerville et al. 2017).

4.3.3 Good-Practice Beispiele⁷⁸

Im Folgenden werden Beispiele von Projekten zur Suchtprävention und zum Rauchstopp aus der Schweiz vorgestellt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass die Projekte gut dokumentiert sind, dass sie die in der Literaturrecherche herausgearbeiteten Erfolgskriterien illustrieren und dass sie verschiedene Lebensphasen und Benachteiligungsdimensionen abdecken. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben (vgl. Auswahlkriterien Kap. 2.3).

⁷⁸ Für weitere Projekte vgl. Maier und Salis Gross (2015), welche eine ausführliche Liste mit Projekten zur Tabakprävention mit benachteiligten Gruppen erstellt haben.

- **Rauchstoppkurse und Tabakprävention in den Settings der Migrationsbevölkerung, z.B. Tiryaki Kukla** (<http://www.tiryakikukla.ch/home>): Mittels aufsuchender Arbeit in den Settings der Migrationsbevölkerung (Vereine, religiöse Institutionen, informelle Gruppierungen, Gewerkschaften, Arbeitgeber etc.) werden durch die Rauchstoppkursleitenden Informationsveranstaltungen zu den Gefahren des Tabakkonsums und des Passivrauchens durchgeführt. Anschliessend werden Kursteilnehmende mit möglichst reziproken Beziehungen (“strong ties”) untereinander für Rauchstoppkurse in türkischer, resp. albanischer Sprache rekrutiert. Dabei wird eng mit Schlüsselpersonen aus den Vereinen etc. zusammengearbeitet (beziehungsgeladene Rekrutierung). Begleitet wird die Intervention durch 1-2 personalisierte Medienwellen in den Medien der Zielgruppen. Das Projekt der Rauchstoppkurse in der türkischsprechenden Bevölkerung wird seit 2006 laufend einer Wirkungs- und Prozessevaluation unterzogen. Das Projekt für die albanisch sprechende Migrationsbevölkerung startete 2015.
- **Nutzung der Medien der Migrationsbevölkerung für Kampagnen der Tabakprävention, z.B. SmokeFree Partnerkampagne** (<http://www.migesmedia.ch/fr/campagne-smokefree-dans-les-medias-des-collectivites-migrantes>): Im Herbst 2017 wurde ein Pilotprojekt durchgeführt, welches die Schweizer SmokeFree Kampagne über Medien der Migrationsbevölkerung verbreitete. Das Material der SmokeFree Kampagne wurde in Zusammenarbeit mit der Vernetzungsplattform migesmedia.ch in die Sprachen von vier Zielgruppen (Türkisch, Albanisch, Portugiesisch und Serbisch) übersetzt und als Online- und Printwerbung, Fernseh- und Radiospots, sowohl in den Medien selbst wie auch auf deren Facebook Seiten und YouTube Kanälen über die Medien der Zielgruppen verbreitet. Auf diese Weise erreichte das Pilotprojekt eine breite Streuung der Inhalte im Zielpublikum. Die Projektevaluation berichtet auch von einer sehr guten Zusammenarbeit mit den Medienschaffenden der Migrationsmedien. Eine signifikante Auswirkung auf die Anzahl Anrufe auf die Rauchstopplinie der Krebsliga Schweiz in den Sprachen des Zielpublikums konnte aber im Zeitraum der Kampagne nicht festgestellt werden. Aufgrund der erfolgreichen Durchführung des Pilotprojektes, beschloss das Bundesamt für Gesundheit, die Kampagne im Jahr 2018 noch einmal zu wiederholen.
- **Gendersensibel-diversityorientierte Suchtprävention, Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich** (https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/suchtpraevention/info/publikationen_u_broschueren/gendersensibel-diversityorientierte-suchtpraevention.html): Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich hat 2013 Grundlagen und eine Checkliste erarbeitet, um Gender und weitere Unterscheidungsmerkmale, welche für das Suchtverhalten relevant sind, in der Suchtprävention im Schulsetting zu berücksichtigen. Die Checkliste fragt

unter anderem nach genderspezifischen Konsummustern und nach anderen Differenzierungskriterien (Alter, Behinderung, ethnische oder kulturelle Zugehörigkeit, soziale Schicht, sexuelle Orientierung und Genderidentität), welche einen Einfluss auf die Konsummuster oder Erreichbarkeit der Zielgruppe hat. Die Checkliste baut auf bestehenden Checkliste (Quint-Essenz, BAG Gender Click Check, Gender-Checkliste Berner Gesundheit) auf und weitet sie auf eine Diversity Perspektive aus.

- **Gendersensible Suchtprävention, z.B. Aufklärungsfilm: „Der kleine Unterschied- gendersensible Suchtprävention“, Sucht Schweiz** (<http://www.suchtschweiz.ch/aktuell/article/kurzfilme-der-kleine-unterschied/>): Sucht Schweiz hat 2016 fünf Kurzfilme und Begleitmaterial für den Unterricht herausgegeben. Die Filme richten sich an 13- bis 16-Jährige und sollen zum Hinterfragen von genderspezifischen Beweggründen und Konsummustern anregen. Die Filme sollen Jungen und Mädchen helfen, mit Belastungen umzugehen und voneinander zu lernen
- **LGBT zielgruppenspezifische Rauchstoppintervention, z.B. Queer-Quit** (Dickson-Spillmann et al. 2014): QueerQuit ist ein Beispiel eines Programmes, welches aufgrund von Rekrutierungsproblemen abgebrochen wurde. Das Rauchstoppprogramm basiert auf einem Vorgängerprojekt aus England und wurde als Pilotstudie erfolgreich durchgeführt. Insgesamt nahmen 70 homosexuelle Männer während sieben Wochen an Gruppenrauchstoppkursen teil, wobei sechs Monate nach der Durchführung noch 28.6% rauchfrei waren. Diese ersten Erfolge sollten in einer randomisiert kontrollierten Nachfolgestudie überprüft werden, was jedoch aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten in Zürich und Genf wieder verworfen werden musste (Schaub 2014).

4.3.4 Forschungslücken und Limitierungen

Obwohl bereits einige Studien über Barrieren der Tabakprävention sowie zu effektiven Massnahmen der Beseitigung von sozialen Ungleichheiten berichten, ist die Datenlage wissenschaftlich noch nicht stark evidenzbasiert belegt. Angaben zu Reliabilität und Validität der Ergebnisse von quantitativen Studien fehlen vielfach (Twyman et al. 2014). Besonders zur Benachteiligungsdimension der sexuellen Orientierung und/oder Genderidentität fehlt es an qualitativ guten, kontrollierten zielgruppenspezifischen Studien (Baskerville et al. 2017, Berger & Mooney-Somers 2017). Als Limitierung ist auch die methodische Schwierigkeit zu erwähnen, die Wirksamkeit von Medienkampagnen zu überprüfen (Bala et al. 2013). Wichtig erscheint im Hinblick auf die aktuelle Studienlage auch, dass Peer-Support und Gruppeninterventionen zwar vielversprechende Resultate bei benachteiligten Gruppen zeigen, diese jedoch aufgrund der Studiendesigns meist nicht eindeutig auf diese Komponenten zurückzuführen sind (Ford et al. 2013).

Eine weitere Limitierung liegt in der Überprüfung der längerfristigen Wirksamkeit der Interventionen der Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen. Häufig wird die Effektivität einer Massnahme nur anhand einer Punkteprävalenz oder anhand von kurz aufeinanderfolgenden *Follow-Up* Messungen definiert. Dabei können durchaus kurz- und mittelfristige Effekte der Massnahmen auf die Reduktion des Tabakkonsums oder eines erfolgten Rauchstopps gemessen werden, während keine Aussagen zur Nachhaltigkeit der einzelnen Interventionen gemacht werden darf. Allenfalls könnten Simulationsstudien dazu beitragen, die Langzeitwirkung von Interventionen besser und kostengünstiger abschätzen zu können. So wurden in den letzten Jahren vermehrt auch Simulationsstudien zu Interventionen der Gesundheitsförderung und deren Impact hinsichtlich der Reduktion von sozialen Ungleichheiten entworfen (Speybroeck et al. 2013). Der Vorteil von solchen Modellen liegt darin, dass komplexe und dynamische Systeme modelliert werden können, um den Einfluss gerade auch von strukturellen Massnahmen und Policies abzuschätzen (Speybroeck et al. 2013). Bisher fehlen noch Studien, welche die Prägnanz solcher Simulationen überprüfen. Würden sich solche Modelle als zielführend erweisen, sollte die Prävention vermehrt darauf aufbauen und die Erkenntnisse solcher Studien für die Projekt- und Strategieplanung berücksichtigen.

Forschungslücken im Bereich der Tabakprävention bestehen unter anderem in Hinblick auf die Benachteiligungsdimensionen Gender, sexueller Orientierung und/oder Genderidentität. Kaum Hinweise auf die Effektivität von bekannten Hilfsmitteln wie Diversity Checklisten oder Gender Mainstreaming konnten über die systematische Literaturrecherche gefunden werden. Auch bleibt die Frage, inwiefern Geschlechtsunterschiede beim Rauchstopp berücksichtigt werden sollen (vgl. Pust et al. 2008) weiterhin offen. Gerade im Hinblick auf die Gruppe der LGBT besteht zudem noch viel Forschungsbedarf (Baskerville et al. 2017, Berger & Mooney-Somers 2017). Innerhalb dieser Gruppe haben LGBT Jugendliche und junge Erwachsene noch wenig Beachtung bekommen (Baskerville et al. 2017) und Transmenschen machten bisher nur einen verschwindend kleinen Anteil der Teilnehmenden in den wenigen existierenden LGBT spezifischen Interventionen aus (Baskerville et al. 2017, Berger & Mooney-Somers 2017). In den meisten Interventionsstudien zur Tabakprävention in der Allgemeinbevölkerung fehlen ausserdem Angaben zur Wirkung entlang der sexuellen Orientierung und der Genderidentität (Baskerville et al. 2017).

Bezüglich spezifischer Lebensphasen bestehen folgende Forschungslücken: Nur wenige Studien konnten ermittelt werden, welche die Chancengerechtigkeit von schulischen Interventionen in der Kindheit, beispielsweise zur Förderung der Lebenskompetenz bzw. der sozio-emotionalen Kompetenzen, auf das spätere Suchtverhalten thematisierten. Studien zur Wirksamkeit dieser Ansätze generell existieren zwar, nur wenige Studien beziehen sich aber auf die Chancengerechtigkeit. Keine Literatur zu Ansätzen zur Früherkennung und Frühintervention konnte hingegen über die vorliegende Literaturrecherche ermittelt werden. Diese Ansätze ha-

ben in der Praxis eine breite Verwendung. Es ist möglich, dass sich bestehende Publikationen in diesem Bereich nicht auf die Chancengerechtigkeit beziehen und deshalb über die vorliegende Literaturrecherche nicht identifiziert werden konnten.

In der Lebensphase der Jugend/jungen Erwachsenen mangelt es generell (und nicht nur im Hinblick auf die Benachteiligung) an Studien zum Rauchstopp und zu technologiebasierten Interventionen (Townes et al. 2017). Im Bereich der Tabakprävention im Jugendalter wurden Interventionen an Schulen noch ungenügend auf ihre Wirkung auf die Benachteiligung hin untersucht. Nur wenige Studien publizieren diesbezüglich Resultate. Diese Studien sind zudem statistisch gesehen oftmals zu klein, um solche Subgruppeneffekte überhaupt verlässlich aufzudecken (Moore et al. 2015). Dennoch wird betont, dass Effekte entlang von Benachteiligungsdimensionen systematisch publiziert werden sollen, damit die Ergebnisse später in Meta-Analysen zusammengeführt werden können (Moore et al. 2015).

Ansätze zur Tabakprävention und ihre Wirkung auf die Benachteiligung sind im Erwachsenenalter am besten erforscht. Dort besteht aber unter anderem Forschungsbedarf bei der Rückfallprävention (Hajek et al. 2013) – ein Bereich, der für die langfristige Wirkung von Präventionsmassnahmen besonders wichtig wäre. Folgende weitere Massnahmen scheinen zwar vielversprechend, sind aber auch noch nicht genügend auf ihre Effektivität und ihre Wirkung auf die Benachteiligung untersucht sind: 1) die Integration der Suchtproblematik in die Ausbildung der Ärzteschaft, 2) die Rückfallprävention, 3) Interventionen mit körperlicher Aktivität. Schliesslich ist die Studienlage zu konkreten Rauchstoppinterventionen und zu Erfolgsfaktoren für die Chancengerechtigkeit im höheren Alter besonders bescheiden.

4.3.5 Zwischenfazit: Sucht (am Beispiel der Tabakprävention)

In diesem Zwischenfazit werden die Ansätze und Erfolgskriterien für eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Sucht (am Beispiel der Tabakprävention) zusammengefasst. Zuerst werden die Erkenntnisse für Ansätze bei tiefem sozioökonomischem Status auf struktureller Ebene vorgestellt, gefolgt von Ansätzen auf Projektebene (nach Lebensphasen gegliedert). Schliesslich werden Ansätze für die horizontalen Benachteiligungsmerkmale Gender, Migrationshintergrund sowie sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität (auf Struktur- und Projektebene) zusammengefasst.

Strukturelle Ebene: Auf struktureller Ebene gibt es eine Reihe von Ansätzen zur Tabakprävention, welche sich in der Gesamtbevölkerung als wirksam erwiesen haben. Dazu gehören besonders die Erhöhung des Zigarettenpreises, Rauchverbote, Beschränkungen im Verkauf und in der Werbung sowie Warnhinweise auf Zigarettenpackungen. Die Erhöhung des Zigarettenpreises wurde zwar in Studien auch bei benachteiligten Gruppen als wirksam befunden. Die Massnahme kann aber chancenungerecht wirken, wenn sozioökonomisch benachteiligte Personen vermehrt

auf günstigere Möglichkeiten des Tabakkonsums (Promotionen, gerollte Zigaretten) ausweichen (Vijayaraghavan et al. 2016, Choi et al. 2012). Diese Chancengerechtigkeit kann u.a. abgedeckt werden, wenn gleichzeitig der Zugang zu Rauchstoppinitiativen für benachteiligte Gruppen verbessert wird (Vijayaraghavan et al. 2016). Ein absolutes Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, am Arbeitsplatz und auf öffentlichen Plätzen wird als wichtige Massnahme zur Verringerung der Chancengleichheit im Bereich des Tabakkonsums angesehen (WHO 2008). Chancengerechtigkeiten in der Wirkung von Rauchverboten bestehen aber in Gefängnissen und psychiatrischen Institutionen, wo solche Verbote bisher nicht zu grösseren Rauchstoppraten geführt haben und wo zusätzliche Massnahmen auf der Ebene der Verhaltensprävention (z.B. Zugang zu Rauchstoppprogrammen) gefordert werden (Vijayaraghavan et al. 2016, Etter et al. 2012, Ritter et al. 2012). Warnhinweise auf Zigarettenpackungen haben sich ungeachtet von sozioökonomischer Benachteiligung als generell wirksam erwiesen (Hammond et al. 2012). Als besonders effektiv bei benachteiligten Gruppen wurden Labels und Graphiken eingestuft, welche Rollenmodelle verwenden oder positive und negative Aspekte kontrastieren (Mead et al. 2015).

Weitere wirksame strukturelle Massnahmen, welche jedoch unseres Wissens nicht speziell auf ihre Chancengerechtigkeit untersucht sind, sind Beschränkungen in der Tabakpromotion (WHO 2008) und im Verkauf an Minderjährige (Amos et al. 2013). Das von der WHO geforderte globale Verbot von Tabakwerbung (WHO 2008) ist in der Schweiz nur sehr lückenhaft umgesetzt. Auch im geplanten Tabakproduktegesetz ist ein globales Verbot bisher nicht vorgesehen (BAG 2017). Zusätzliche Einschränkungen in der Werbung, welche vor allem für Minderjährige zugänglich ist (z.B. an Veranstaltungen oder in Publikationen, die an Minderjährige gerichtet sind, in Gratiszeitungen und weitestgehend im Internet), sind aber geplant (BAG 2017).

Daneben gibt es strukturelle Massnahmen mit gemischten oder noch ausstehenden Wirkungsnachweisen. Dazu gehören Medienkampagnen, welche für die Tabakprävention und den Rauchstopp bei benachteiligten Gruppen nur wenig erfolgreich sind, sofern sie sich an die Gesamtbevölkerung richten (Niederdeppe et al. 2008). Zielgruppenspezifische Kampagnen sind noch wenig auf ihre Wirksamkeit untersucht (Mosdol et al. 2017), können aber besonders dann einen Sensibilisierungseffekt erzielen, wenn sie personalisiert aufgebaut, einfach verständlich formuliert und in einem telemedialen Format (d.h. über das Fernsehen oder Internet) vermittelt werden (Hill et al. 2014). Weitere, wenig erforschte strukturelle Massnahmen stellen finanzielle Anreize, um Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, vermehrt Rauchstoppberatungen anzubieten, sowie die Kostenübernahme von Nikotinersatztherapien über die Krankenversicherung. Für beide Massnahmen gibt es Beispiele von erfolgreichen Umsetzungen, welche sich in allen Bevölkerungsschichten gleichermaßen positiv auswirkten (Hamilton et al. 2016, Nagelhout et al. 2014). Insbesondere um den Rauchstopp von älteren Menschen besser zu unterstützen, wird zudem eine Integration der Suchtproblematik in die Ausbildung der Ärzteschaft gefordert (De Jong et al. 2016). Programme diesbezüglich existieren bereits in mehreren Ländern, darunter in der Schweiz (Cornuz et al. 2015). Eine Studie zu

deren Wirksamkeit und/oder Chancengerechtigkeit konnte jedoch nicht gefunden werden.

Schwangerschaft/frühe Kindheit: In dieser Lebensphase haben sich beratungsbasierte psychologische Interventionen zum Rauchstopp in der Schwangerschaft bewährt (Chamberlain et al. 2017, Chamberlain et al. 2013). Darunter fallen unter anderem folgende Ansätze: motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Entspannung und Förderung der Problemlösungsfähigkeiten. Demgegenüber ist die Effektivität von anderen Interventionstypen, wie Gesundheitsbildung, Bewegung, Feedback oder soziale Unterstützung noch unklar (Chamberlain et al. 2017). Rauchstoppinterventionen mit benachteiligten Schwangeren sind besonders dann erfolgreich, wenn sie die Lebenslage und Sprache der Zielgruppe adäquat berücksichtigen (Chamberlain et al. 2013). Auch finanzielle Anreize sind erfolgsversprechend (Chamberlain et al. 2017). Bei Interventionen mit indigenen Gruppen, wo der Rauchstopp besonders schwierig zu vollziehen scheint, haben sich partizipative Ansätze, zum Beispiel der Einbezug von indigenen Mentorinnen bewährt (Glover 2016). Auch webbasierte Programme in der Schwangerschaft sind für den Rauchstopp mit benachteiligten Gruppen geeignet, wie das Beispiel der *MumsQuit* Intervention zeigt (Herbec et al. 2014). Dabei ist wichtig, dass solche Programme interaktiv sind, was sich als Erfolgskriterium für webbasierte Angebote zum Rauchstopp allgemein erwiesen hat (Brown et al. 2014).

Ein weiterer relevanter Ansatz, zur Tabakprävention und zum Rauchstopp in dieser Lebensphase ist die Umstellung zu rauchfreien Wohnungen (Rowa-Dewar et al. 2015). Bereits minimale Interventionen mit Video, Aufgabenbüchern und Kurzberatung sowie lediglich solche mit einer Broschüre konnten positive Effekte in sozioökonomisch benachteiligten Minoritätsfamilien erzielen (Streja et al. 2014). Allerdings ist nicht bekannt, welche Erfolgskriterien für gelungene Interventionen zu rauchfreien Wohnungen verantwortlich sind (Rees et al. 2014). Forschungsbedarf besteht auch noch bezüglich der Wirksamkeit von Nikotinersatzprodukten in der Schwangerschaft allgemein und spezifisch bei Interventionen mit benachteiligten schwangeren Frauen (Gould et al. 2017, Coleman et al. 2012).

Kindheit: In der Lebensphase Kindheit gibt es Evidenz dafür, dass Interventionen zur Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen (bzw. Lebenskompetenzen) zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums im späteren Leben führen können (Sklad et al. 2012). Ein Beispiel für eine erfolgreiche Intervention ist das *Seattle Social Development Project*, welches unter anderem die Suchtprävention zum Ziel hatte und welches noch im Alter von 21 Jahren zu positiven Langzeitwirkungen unter den Teilnehmenden führte (Hawkins et al. 2005). Die geförderten sozio-emotionalen Kompetenzen waren Fähigkeiten zur interpersonellen Problemlösung und zur Verweigerung. Analog zum *health promoting school approach* der WHO (1996) dauerte das Projekt über mehrere Schuljahre und beinhaltete Interventionskomponenten auf mehreren Ebenen, d.h. auch edukative Angebote für Eltern und Lehrpersonen zur Stärkung derer Unterrichts- bzw. Erziehungsfähigkeiten. In Bezug auf den Tabakkonsum konnte im *Seattle Social Development Project*

keine unterschiedlichen Wirkungen entlang des sozioökonomischen Status oder entlang von weiteren Benachteiligungsmerkmalen festgestellt werden (Hawkins et al. 2005). Weitere Forschung ist aber nötig, um die Chancengerechtigkeit des Ansatzes der sozio-emotionalen Kompetenzen in der Tabakprävention über den Einzelfall hinaus zu überprüfen und allfällige Erfolgskriterien für benachteiligte Gruppen abzuleiten. Die Erkenntnisse aus den Bereichen der psychischen Gesundheit (vgl. Kap. 4.2.2.1) und der Bewegung und Ernährung (vgl. Kap. 4.1.2.1) deuten darauf hin, dass eine positive Wirkung von generellen Interventionen im schulischen Setting auf die Chancengerechtigkeit nicht einfach angenommen werden kann, sondern dass die Chancengerechtigkeit gezielt über Monitoring und Evaluation überprüft werden sollte.

Ein weiterer Ansatz, für den Erfolgsnachweise zur Tabakprävention vorliegen, sind gemeindebasierte Präventionsstrategien. Diese wurden im Rahmen des *Communities that Care Programm* entwickelt und evaluiert (vgl. Kap 4.2.1.2 für eine ausführliche Beschreibung des Programms). Das Programm richtet sich jeweils an Gemeinden mit einer benachteiligten Bevölkerung, setzt bereits im Kindesalter an und konnte nachweislich den Tabakkonsum von benachteiligten Jugendlichen verringern (Oesterle et al. 2018, Welsh et al. 2015).

Jugend und junge Erwachsene: In der Lebensphase Jugend und junge Erwachsene sind Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs zentral. Diese finden vor allem im Setting der Schule statt und wurden bisher kaum auf ihre Chancengerechtigkeit hin untersucht. Bei Jugendlichen generell haben sich Ansätze mit einem Fokus auf soziale Kompetenzen – allein oder kombiniert mit der Thematisierung von sozialen Einflüssen – als wirksam erwiesen (Thomas et al. 2013). Lediglich ein Review mit sechs Studien konnte gefunden werden, welches die Chancengerechtigkeit von schulischen Interventionen zur Tabakprävention untersuchte (Moore et al. 2015). Dieses kommt zum Schluss, dass solche Interventionen tendenziell chancenneutral sind, dass sie also eine positive Wirkung unabhängig vom sozioökonomischen Status der teilnehmenden Jugendlichen erzielen. Als potentieller Erfolgsfaktor zur Chancengerechtigkeit stuften die AutorInnen den Einbezug von strukturellen Massnahmen ein (Moore et al. 2015). Eine Schlussfolgerung, welche aufgrund der begrenzten Anzahl und Grösse der vorhandenen Studien mit Vorsicht zu geniessen ist und welche zudem den Erkenntnissen zu Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs generell widerspricht (Mehrebenen-Interventionen gelten als nicht wirksam, vgl. Thomas et al. 2013).

Neben Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs sind in der Lebensphase Jugend und junge Erwachsene auch Interventionen zum Rauchstopp bereits relevant. Als wirksame Ansätze erwiesen sich vor allem die Auseinandersetzung mit sozialen Einflüssen, kognitive Verhaltenstherapie und Motivationstechniken (Sussman & Sun 2009). Diese zeigten sich aber im Vergleich zu Interventionen mit Erwachsenen als weniger wirksam mit relativ tiefen Quit-Raten von rund 12 Prozent (Sussman & Sun 2009). Pharmakologische Therapien (Nikotinpflaster, Kaugummi oder Bupropion) scheinen im Jugendalter keinen Zusatznutzen zu Verhaltenstherapie

oder Beratung zu bringen (Sussman & Sun 2009). Es gibt praktisch keine Untersuchungen zur Chancengerechtigkeit von Rauchstoppinterventionen in dieser Lebensphase. Lediglich eine Evaluation von Interventionen in der Praxis konnte gefunden werden. Die Resultate deuten darauf hin, dass diese eher in ressourcenstarken sozialen Kontexten und in sozioökonomisch nicht-benachteiligten Gruppen erfolgreich waren – das heisst, dass solche Interventionen in der Praxis bisher vielfach chancenungerecht waren (Curry et al. 2013, zitiert nach Towns et al. 2017).

Neben dem schulischen Setting findet die Tabakprävention auch über ausserschulische Programme zur positiven Jugendentwicklung (*positive youth development*) statt, welche über informelle und freiwillige Bildungsangebote Lebenskompetenzen zu fördern versuchen. Diese Interventionen wurden von einer Meta-Analyse generell als nicht wirksam eingestuft und sind zudem ungenügend auf ihre Chancengerechtigkeit erforscht (Bonell et al. 2016).

Erwachsenenalter: Im Erwachsenenalter liegt der Fokus der Tabakprävention bei Massnahmen zum Rauchstopp. Dafür haben sich psychologische Interventionen mit kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, Kurzberatungen, Interventionen in der Gruppe sowie über soziale Netzwerke und webbasierte Interventionen bewährt. Unterstützende Angebote und zum Teil weniger gesicherte Ansätze sind Rauchstopplinien, Interventionen zur körperlichen Aktivität, Contingency Management und E-Zigaretten.

Mehrere Reviews identifizieren psychologische Interventionen mit kognitiver Verhaltenstherapie als wirksam für den Rauchstopp bei verschiedenen benachteiligten Gruppen (Bryant et al. 2011, Lifson & Lando 2012, Carson et al. 2012, Wilson et al. 2017, DiGiacomo et al. 2011). Generelle Rauchstoppinterventionen in der Allgemeinbevölkerung haben sich dabei zum Teil als weniger erfolgreich bei benachteiligten Gruppen, d.h. als chancenungerecht herausgestellt, weshalb zielgruppenspezifische Interventionen angezeigt sind (Guignard et al. 2018). Interventionen mit benachteiligten Gruppen sind besonders dann erfolgreich, wenn sie im Gruppen-setting mit spezialisierten Fachkräften durchgeführt werden (Hiscock et al. 2013). Auch eine proaktive, aufsuchende Rekrutierung und Durchführung kann sich lohnen (Guignard et al. 2018). Zudem scheinen kombinierte Ansätze mit Verhaltenstherapie *und* Pharmakotherapie bei benachteiligten Personen wirksamer zu sein als beide Ansätze für sich genommen (Wilson et al. 2017, DiGiacomo et al. 2011). Die sogenannte *Nicotine Replacement Therapy* (NRT) ist eine sichere und effektive Massnahme zur Unterstützung eines Rauchstoppvorhabens. Dabei gilt es aber zu beachten, dass bei einkommensschwachen Gruppen die Kosten einer Nikotinersatztherapie nicht zu einem Hindernis werden (Guignard et al. 2018). Zudem muss bei Interventionen mit benachteiligten Gruppen die Frage gestellt werden, ob die Zielgruppe die Medikamente auch konsequent einnimmt und ob allenfalls Strategien zur besseren Einhaltung der Medikamenteneinnahme integriert werden müssen (Hollands et al. 2015).

Weiter sind Kurzberatungen über bestehende Angebote in der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel durch Zahnärztinnen und Zahnärzte erfolgsversprechend für den Rauchstopp von benachteiligten Personen, insofern letztere Zugang zu diesen Angeboten haben (Carr & Ebbert 2012). Die Wirksamkeit bei benachteiligten Gruppen ist aber bisher nur für Rauchstoppberatungen, welche in bestehende psychotherapeutische Therapien oder in Beratungen zu häuslicher Gewalt eingebunden werden, gut dokumentiert (Twyman et al. 2014, Smith et al. 2014). Letztere sind besonders dann erfolgreich, wenn integrierte Stressmanagementstrategien vermittelt werden (Smith et al. 2014). Die Benutzung eines Behandlungsmanuals und ein evidenzbasiertes Training wurden zudem als Erfolgskriterien von Kurzberatungen durch Ärztinnen und Ärzte identifiziert (Brose et al., 2015).

Für den Rauchstopp bei benachteiligten Gruppen konnte gezeigt werden, dass Interventionen besonders erfolgreich und nachhaltig wirken, wenn die Rekrutierung und Durchführung über bestehende soziale Kontakte und Netzwerke erfolgen. Dabei haben sich der Ansatz des Peer-Supports (Ford et al. 2013) und eine proaktive Rekrutierung über mehrere Kontakte mit einer bestimmten Gruppe bewährt (Marcano Belisario et al. 2012). Besonders die Nutzung von starken Beziehungen hat sich als Erfolgskriterium für den nachhaltigen Suchtausstieg herausgestellt (Salis Gross 2010, Schnoz et al. 2011). Die Wirkung kann zudem verstärkt werden, wenn die Partizipation der Zielgruppe bereits in der Planungsphase erfolgt und die Rauchstoppintervention vor der Durchführung in der jeweiligen Gruppe getestet wird (Guignard et al. 2018). Ein möglicher Ansatz zur Einbindung von Netzwerken bietet unter anderem die partizipative Forschung (Tong et al. 2015).

Technologiebasierten Interventionen zum Rauchstopp, wie zum Beispiel online-Plattformen, webbasierte Rauchstoppprogramme, Vernetzung über Gruppenchats und/oder soziale Medien, sowie Interventionen mit Nachrichtenversand über das Mobiltelefon, werden auch mit benachteiligten Gruppen ein grosses Potential zugeschrieben (Civljak et al. 2013, Shahab et al. 2014). Die Forschung zur Wirksamkeit und Chancengerechtigkeit dieser Ansätze ist aber noch sehr lückenhaft. Dabei muss auch beachtet werden, dass Schwierigkeiten, mit Informationen im Internet umzugehen, in gewissen Gruppen, z.B. in der sozioökonomisch benachteiligten ersten Generation der Migrationsbevölkerung, ein Hindernis darstellen können (Kaya 2018b). Als Erfolgskriterien für webbasierte Rauchstoppprogramme mit benachteiligten Gruppen werden ein genaues Zuschneiden auf die Zielgruppe, die Vermittlung über eine glaubwürdige Quelle, interaktive Elemente und Videobotschaften genannt (Whittaker et al. 2012, Civljak et al. 2013, Stanczyk et al. 2014). Auch der Nachrichtenversand über Mobiltelefone hat sich bewährt (Whittaker et al. 2012). Weiter ist die Akzeptanz der Programme durch die Zielgruppe ist wichtig, welche unter anderem über die Partizipation während der Entwicklungsphase erreicht werden kann (Chen et al. 2012). Die Forschung zur Nutzung von virtuellen sozialen Netzwerken, beispielsweise über WhatsApp oder Facebook Gruppen, befindet sich erst am Anfang. Ein Erfolgskriterium bei virtuellen Gruppen ist aber womöglich die Anwendung eines Peer-Ansatzes bei Auswahl der Person, welche die Gruppe erstellt.

Ein unterstützendes Zusatzangebot stellen Rauchstopplinien dar. Die Skepsis wird dabei aber geäußert, dass vor allem gut gebildete Personen von diesen profitieren würden (Hiscock et al. 2012). Um dies zu verhindern, sind auf die Zielgruppen zugeschnittene Rauchstopplinien, zum Beispiel in der Herkunftssprache, und eine intensivierte, proaktive Strategie mit mehreren Kontakten erfolgsversprechend (Stead et al. 2013). Weiter werden E-Zigaretten unter anderem als Strategie zur Schadensminderung diskutiert (Hall, Gartner, et al. 2015). Die Empfehlung des vorliegenden Berichts lautet, dass benachteiligte Gruppen möglichst differenziert zu Nutzen und Gefahren von E-Zigaretten informiert werden sollen. Die Gefahren beinhalten unter anderem das Beibehalten von Rauchgewohnheiten in Form einer Zigarette, sowie Nikotin und allenfalls andere gesundheitlich problematische Stoffe. Eine weitere Strategie zur Verminderung des Tabakkonsums stellt die Förderung der körperlichen Aktivität dar, welche in einer Pilotstudie mit benachteiligten Personen, gekoppelt mit personenzentrierten Beratungen zum Tabakkonsum, Erfolge verbuchen konnte (Taylor et al. 2014). Die Intervention führte zu einer Reduktion des Tabakkonsums, aber nur vereinzelt zu Rauchstoppversuchen. Als Erfolgsfaktor wird eine zielgruppenspezifische Ausrichtung genannt (Taylor et al. 2014). Schliesslich kann Contingency Management (Belohnungssystem in Form von Voucher) den Rauchstopp bei benachteiligten Gruppen (vor allem kurzfristig) begünstigen (Tsoi et al. 2013, Dunn et al. 2011, Mantzari et al. 2015). Hingegen scheint eine langfristige Wirkung eher ungewiss (Dunn et al. 2011, Mantzari et al. 2015).

Höheres Alter: Nur wenige Studien existieren zu Rauchstoppinterventionen im höheren Alter. Eine Meta-Analyse befand, dass die gängigen pharmakologischen, nicht-pharmakologischen und kombinierten Interventionen im Erwachsenenalter auch in dieser Zielgruppe erfolgreich sind (Chen & Wu 2015). Erfolgskriterien für Interventionen mit älteren Personen sind dabei der persönliche Kontakt (Chen & Wu 2015) und die Berücksichtigung von altersspezifischen Bedürfnissen, wie beispielsweise körperliche Benachteiligungen und Einschränkungen im Seh- und Hörvermögen (Schnoz et al. 2006). Zudem können erfolgreiche Ansätze zur Tabakprävention, die im Migrationsbereich entwickelt wurden, auch generell auf benachteiligte Menschen im höheren Alter übertragen werden (Soom Ammann & Salis Gross 2011). Diese Ansätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie aufsuchend sind, auf bereits bestehende Gruppen oder Beziehungen aufbauen, sich an der Lebenswelt der Teilnehmenden orientieren und ressourcenstärkend wirken (Soom Ammann & Salis Gross 2011).

Gender: Es gibt Hinweise, dass sich gewisse strukturelle Massnahmen unterschiedlich auf die Geschlechter auswirken können. Beispielsweise stellten Studien in mehreren Ländern fest, dass Frauen womöglich bei Preiserhöhungen eher auf handgerollte Zigaretten ausweichen als Männer (Bayly et al. 2018, Rothwell et al. 2015). Auch auf Projektebene gibt es Hinweise auf Gendereffekte in der Wirksamkeit von Interventionen der Tabakprävention. Obwohl die Publikation von Resultaten nach Geschlechtern noch unzureichend ist, deuten die wenigen Studien, die sol-

che Zahlen veröffentlichen, darauf hin, dass sich Interventionen zur Tabakprävention im schulischen Setting unterschiedlich auf Mädchen und Jungen auswirken können (Thomas et al. 2015). Im Falle des Reviews von Thomas et al. (2015) konnte eine Wirkung nur bei Mädchen, nicht aber bei Jungen festgestellt werden. Checklisten zu Gender und Diversität bieten ein Instrument, um diesen Effekten entgegenzuwirken und Angebote der Tabakprävention gendersensibel zu gestalten (Pfister 2014). Inwiefern diese aber systematisch genutzt werden und welche Wirkung sie zeigen, ist unseres Wissens aber noch nicht evaluiert worden. Genderspezifische (d.h. frauenspezifische) Angebote zum Rauchstopp wurden auch im Erwachsenenalter gefordert (Pust et al. 2008). In der Literatur fanden sich aber keine Hinweise, inwiefern solche Angebote seither umgesetzt oder auf ihre Wirkung erforscht wurden. Weiter wird im Zusammenhang mit Gender die generelle Übervertretung von Frauen in Interventionen thematisiert (vgl. z.B. Whitaker et al. 2017).

Migrationshintergrund: Auf struktureller Ebene wurden Erfolgskriterien für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen an die benachteiligte Migrationsbevölkerung in der Schweiz herausgearbeitet (Kaya 2014). Demnach ist die Informationsvermittlung auch bei Kampagnen zum Rauchstopp und zur Tabakprävention vor allem dann erfolgreich, wenn sie personalisiert erfolgt, wenn die Medien der Migrationsbevölkerung genutzt werden, wenn die Information lebensweltlich verankert wird und wenn die Wahl der Informations- und Kommunikationstechnologien je nach Zielgruppe innerhalb der Migrationsbevölkerung angepasst wird. Das heisst zum Beispiel, dass junge MigrantInnen im Vergleich zu älteren vor allem über Videos und nicht über Textinformationen erreicht werden (Kaya 2014).

Auf Projektebene kann davon ausgegangen werden, dass auch eine Mehrheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz grundsätzlich Zugang zu webbasierten Angeboten zum Rauchstopp hat (Kaya 2018b). Für webbasierte Angebote sind eine einfache Sprache ohne Fachjargon und Informationen in der Herkunftssprache wichtige Erfolgsfaktoren. Zudem muss berücksichtigt werden, dass besonders ältere Menschen und solche mit tiefem Bildungsstand oft Mühe bekunden, mit der Informationsflut im Internet umzugehen (Kaya 2018b). Entsprechende Hilfestellungen sind deshalb bei der Planung von webbasierten Rauchstoppinterventionen zu erwägen. Auch gerade für benachteiligte Gruppen mit Migrationshintergrund ist zudem ein Rauchstopp langfristig am erfolgreichsten, wenn er innerhalb eines sozialen Netzwerks vollzogen wird (Salis Gross et al. 2012).

Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität: Bisher gibt es unseres Wissens keine Studien, welche die Auswirkungen von strukturellen Massnahmen der Tabakprävention auf ihre Wirkung bei LGBT untersucht. Auch auf Projektebene fehlt die Untersuchung der Wirkung von generellen Interventionen auf LGBT (vgl. z.B. Baskerville et al. 2017). Auf Projektebene gibt es hingegen eine Reihe LGBT spezifischer Studien zum Rauchstopp im Jugend- und Erwachsenenalter, welche jedoch in ihrer Qualität noch grösstenteils mangelhaft sind und beispielsweise meist ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurden (Berger & Mooney-Somers 2017, Baskerville et al. 2017). Auch fehlt bisher die Berücksichtigung von Transmenschen in

diesen Studien weitestgehend (Berger & Mooney-Somers 2017, Baskerville et al. 2017). Bei zielgruppenspezifischen Interventionen mit LGBT ist auch darauf zu achten, dass das Rauchverhalten in den verschiedenen Subgruppen unter Umständen nicht gleichförmig ist (Ortiz et al. 2015) und dass – im Sinne der Intersektionalität – Überschneidungen mit anderen Benachteiligungsmerkmalen zu einer unterschiedlichen Wirksamkeit unter den Teilnehmenden führen können (Walls & Wisneski 2010, Eliason et al. 2012).

Zielgruppenspezifische psychologische Rauchstoppinterventionen mit LGBT im Erwachsenenalter wurden als grundsätzlich wirksam befunden (Berger & Mooney-Somers 2017). Diese wurden meist durch LGBT Organisationen durchgeführt und waren gruppenbasiert. Folgende zielgruppenspezifischen Anpassungen, wurden als ausschlaggebend für den Erfolg der Interventionen bezeichnet: der Einsatz von LGBT Kursleitern, die Diskussion von LGBT-spezifischen Triggern und Hormonersatztherapie, sowie Kurskomponenten, welche eine aktive Partizipation erforderten (Berger & Mooney-Somers 2017). In der Schweiz konnte in einem Pilotprojekt eine Rauchstopprate von 28.6 Prozent (6 Monate nach dem Rauchstopp) erreicht werden (Dickson-Spillman et al. 2014, vgl. Good-Practice Beispiel Queer-Quit in Kap. 4.3.3). Allerdings scheiterte hier eine geplante weitere randomisierte Studie zur Wirksamkeit an der Rekrutierung (Schaub 2014).

LGBT-spezifische, beratungsbasierte Gruppeninterventionen führten auch bei Jugendlichen generell zu hohen Rauchstoppraten (Baskerville et al. 2017). Die begrenzte Studienlage lässt aber eine Identifizierung von Erfolgskriterien noch nicht zu. In dieser Lebensphase wäre auch ein diversitätsorientierter Ansatz in der generellen, nicht-zielgruppenspezifischen Suchtprävention vielversprechend, was aber in der Praxis noch zu wenig umgesetzt ist (Pfister 2015). Dass dieser Ansatz wirksam ist, belegen Studien zu einem offenen Schulklima, welche die sexuelle Orientierung explizit mitberücksichtigen (vgl. Kap. 4.2.2.2). Diese führten nicht nur zu einer verbesserten psychischen Gesundheit, sondern konnten auch mit einem verringerten Tabakkonsum bei LGBT Jugendlichen in Verbindung gebracht werden (Baskerville et al. 2017, Hatzenbuehler et al. 2011).

5 Organisationsentwicklung

Damit eine chancengerechte Versorgung systematisch und nachhaltig auf- oder ausgebaut werden kann, ist eine Weiterentwicklung der Organisationen nötig, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind. Welche Anpassungen angezeigt sind, wurde bereits im Hinblick auf benachteiligte Personen mit Migrationshintergrund im Rahmen des Projekts *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz*⁷⁹ aufgearbeitet (Pfluger et al. 2009). Die Empfehlungen des Projektes sind auch auf weitere benachteiligte Gruppen anwendbar. Sie werden in den folgenden Abschnitten zusammengefasst und auf die chancengerechte Versorgung von benachteiligten Gruppen allgemein übertragen.

Bei allen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten soll demnach sichergestellt werden, dass auch benachteiligte Gruppen berücksichtigt werden. Dafür ist unter anderem eine Verankerung der Prinzipien der Chancengleichheit und der Chancengerechtigkeit auf strategischer Ebene wichtig. Dabei kann zuerst der Handlungsbedarf analysiert werden, um zu entscheiden welche Ansätze zur Förderung der Chancengerechtigkeit in den Strategiedokumenten einer Organisation verankert werden sollen. Diskussionen dazu sind wichtig zur Meinungsbildung. Die strategischen Änderungen sollen schliesslich in die Dokumente der Organisation, wie Leitbilder, Statuten und Strategien aufgenommen werden und innerhalb der Organisation, wie auch extern kommuniziert werden. Damit eine nachhaltige Berücksichtigung der Chancengerechtigkeit geschehen kann, muss schliesslich auch eine langfristige Finanzierung sichergestellt werden und Angebote, die sich bewährt haben, sollen institutionalisiert werden (Pfluger et al. 2009). Dies gilt insbesondere auch für Angebote, welche von (z.T. ehrenamtlichen) Vereinen der Zielgruppen getragen werden. Diese machen beispielsweise für LGBT momentan den Grossteil der zielgruppenspezifischen Projekte der Gesundheitsförderungs- und Prävention in der Schweiz aus (vgl. Kapitel 3.1). Weiter ist eine Anpassung des Qualitätsmanagements vorzunehmen und Erfolgsindikatoren sind in Bezug auf die chancengerechte Versorgung mit dem Ziel der Chancengleichheit zu definieren.

Damit Chancengerechtigkeit umgesetzt werden kann, ist aber auch die Ebene der Mitarbeitenden wichtig. Einerseits sollen Personen aus benachteiligten Gruppen auf allen Ebenen der Organisation und in allen Phasen der Entwicklung von Angeboten mitwirken. Die Anstellung von Fachpersonen aus den Zielgruppen (z.B. mit Migrationshintergrund) hat sich in der Erfahrung von transkulturell oder diversitätssensitiv arbeitenden Organisationen bewährt. Auch für die Arbeit mit anderen benachteiligten Gruppen (z.B. LGBT) kann eine solche gezielte Rekrutierung erfolgen. Weiter können externe Fachpersonen aus den Zielgruppen beigezogen werden. Dabei ist eine angemessene Honorierung sicherzustellen. Andererseits sollen die Mitarbeitenden auch allgemein dazu befähigt werden, im Sinne der im Migrati-

⁷⁹ www.transpraev.ch. Ein entsprechendes Tool in Form eines Leitfadens für die Umsetzung der Organisationsentwicklung steht zur Verfügung (<http://www.public-health-services.ch/attachments/content/leitfragen-organisationen.pdf>).

onskontext entwickelten transkulturellen Kompetenz (vgl. Domenig 2007), auf benachteiligte Personen situationsgerecht und auf ihre Bedürfnisse angepasst eingehen zu können. Dafür sind Fortbildungsangebote, aber auch Angebote zum Konfliktmanagement sowie die Akzeptanz dieser Prinzipien unter den Mitarbeitenden wichtig. Dies wird erleichtert, wenn die Personen auf Führungsebene hinter dieser Ausrichtung stehen und dies in den strategischen Dokumenten zum Ausdruck bringen. Auch ist eine gute Information der Mitarbeitenden wichtig. Bei Neuanstellungen kann zudem generell darauf geachtet werden, dass zukünftige Mitarbeitende, auch wenn sie nicht aus einer benachteiligten Gruppe stammen, im Sinne der transkulturellen Kompetenz die nötigen kommunikativen Fähigkeiten, Erfahrungen und Sensibilität für die Arbeit mit benachteiligten Zielgruppen mitbringen.

Über die einzelne Organisation heraus ist eine Vernetzung mit Organisationen der Zielgruppen und anderen Akteuren wichtig, welche ihre Arbeit auf den Einbezug von benachteiligten Gruppen angepasst haben. Die Vernetzung mit anderen Organisationen kann institutionalisiert werden, indem Koordinationsgremien gebildet werden oder indem Einsitz in Gremien von anderen Organisationen genommen wird. Auch eine Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten und regelmässige Kontakte zu Entscheidungsträgern aus der Politik und der Verwaltung sind wichtig für die Vernetzung. In Bezug auf die Migrationsbevölkerung kann auch die transnationale Vernetzung von Vorteil sein. Für den Einbezug von Organisationen der Zielgruppen kann zudem eine strukturelle Unterstützung, z.B. die Bereitstellung von Büro-Infrastruktur, nützlich sein. Es empfiehlt sich zudem für Organisationen, sich an nationalen Strategien in Bezug auf benachteiligte Gruppen zu orientieren, damit begrenzte Ressourcen gebündelt werden können und die Koordination mit anderen Organisationen vereinfacht werden kann.

Die Vernetzungsarbeit, sowie das Aufgleisen der anderen obengenannten Massnahmen zur Organisationsentwicklung sind mit personellem und finanziellem Aufwand verbunden. Finanzielle Anreize zur Vernetzung und zur Ausrichtung der Organisationen auf die Chancengleichheit/Chancengerechtigkeit sind deshalb angezeigt. Im Rahmen des Projektes zur Transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz (Pfluger et al. 2009) wurden beispielsweise Anreizfinanzierungen für gemeinsame Projekte, Handbücher und Austausch-Plattformen vorgeschlagen. Darüber hinaus wären weitere Instrumente, wie Leistungsaufträge oder die Anschubfinanzierung von Handlungsschwerpunkten zu prüfen.

6 Diskussion relevanter Erfolgskriterien bei benachteiligten Gruppen

Aufgrund der systematischen Literaturrecherche und den Hinweisen der Experten-Gruppe hat sich ergeben, dass die Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Bewegung und Ernährung, Psychische Gesundheit und Sucht (am Beispiel der Tabakprävention) noch lückenhaft auf ihre Chancengerechtigkeit erforscht ist. Dennoch lassen sich in allen Bereichen gewisse Erfolgsfaktoren für die Effektivität von Interventionen bei benachteiligten Gruppen und die Chancengerechtigkeit identifizieren. Die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche sind im Folgenden in Tabellenform zusammengefasst. *Table 3* bietet einen Überblick über Erfolgskriterien für Interventionen bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen auf der strukturellen Ebene. Die Resultate zu Erfolgskriterien auf Projekt-Ebene werden für jeden Bereich einzeln und nach Lebensphasen gegliedert in *Tabellen 4 - 6* zusammengefasst. Schliesslich werden Ansätze und Erfolgskriterien zu den horizontalen Benachteiligungsmerkmalen Gender, Migrationshintergrund und sexueller Orientierung und/oder Genderidentität in *Tabellen 7 - 9* präsentiert.

Um diese Resultate richtig einordnen zu können, muss an dieser Stelle auf einige Limitierungen des vorliegenden Berichts aufmerksam gemacht werden. Die Resultate in den verschiedenen Bereichen und zu verschiedenen Ansätzen sollten mit Vorsicht verglichen werden, da sie sich auf sehr unterschiedliche Studien stützen. So sind beispielsweise die methodische Qualität, die Studiendesigns und die gemessenen Outcomes (auch innerhalb der Bereiche) zum Teil sehr verschieden. Da wir uns vor allem auf Reviews stützten, mussten wir uns für die Einschätzung der Qualität der *Einzelstudien* mehrheitlich auf die Beurteilung der Review-AutorInnen verlassen. Generell wird von vielen Review-AutorInnen bemängelt, dass die Studienlage zu benachteiligten Gruppen in vielen Bereichen noch ungenügend ist und dass die bestehenden Studien oft klein sind und methodische Mängel aufweisen. Weiter sind die Studien meist relativ kurzfristig und lassen keine Aussagen auf langfristige Wirkungen (d.h. ein Jahr oder mehr nach der Intervention) zu. Auch sind viele diesem Bericht zugrundeliegende Studien aus den USA. Die Anwendbarkeit auf den Kontext Schweiz ist deshalb von Fall zu Fall zu prüfen. Weiter ist die Qualität der berücksichtigten Reviews selber unterschiedlich. Aufgrund der beschränkten Studienlage wurden nicht nur systematische Reviews sondern auch punktuell narrative Reviews aufgenommen, deren Qualität schwieriger zu beurteilen ist. Ein Vergleich von Resultaten über verschiedene Reviews hin ist zudem meist schwierig, da die Reviews jeweils verschiedene (und oftmals in sich heterogene) Ansätze und Outcomes zusammenfassten.

Wichtige Forschungslücken bestehen zu den Benachteiligungsmerkmalen Alter, sexuelle Orientierung und Genderidentität. Für diese Gruppen gibt es erst eine sehr beschränkte Zahl an Studien zu zielgruppenspezifischen Interventionen. Weiter werden universelle, nicht-zielgruppenspezifische Interventionen, besonders jene im schulischen Setting, bisher kaum auf ihre Wirkung auf die Chancengerechtigkeit untersucht. Weiterer Nachholbedarf besteht schliesslich in der Beforschung von

technologiebasierten Interventionen (Internet, Smartphones, SMS, Fitnesstracker, Social Media), obwohl viele Studien gerade in diesen ein sehr grosses Potential bei benachteiligten und schwer erreichbaren Gruppen sehen.

Im Bereich der psychischen Gesundheit scheint schliesslich die Studienlage insgesamt besonders bescheiden, was daran liegen mag, dass in diesem Bereich eher auf die Behandlung existierender psychischer Störungen denn auf die Gesundheitsförderung und Prävention fokussieren. Es konnten auch nur wenige Studien zu Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit mit MigrantIn und MigrantInnen ausgemacht werden. Schliesslich fanden auch gendersensible Ansätze und existierende Instrumente wie das Gender Mainstreaming oder Diversitätschecklisten kaum Erwähnung in der gesichteten Literatur.

Die Resultate der Literaturrecherche ergeben, dass die Partizipation der Zielgruppen bereits bei der Definition der Projekte ein Erfolgskriterium für die Wirksamkeit von Interventionen mit benachteiligten Gruppen ist (vgl. Tabellen 3-9 und Kap. 7). Es ist jedoch nicht Gegenstand dieses Berichts, aufzuzeigen, was Partizipation genau bedeutet und mit welchen Methoden eine erfolgreiche Partizipation in der Praxis bewerkstelligt werden kann. Antworten zu diesen wichtigen Fragen wurden zum Teil schon anderweitig erarbeitet. Hier sei zum Beispiel auf den Bericht von Pfluger et al. (2009) hingewiesen, welcher Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention mit benachteiligten MigrantInnen und Checklisten für die Praxis bereitstellt⁸⁰.

⁸⁰ www.transpraev.ch

Tabelle 3. Erfolgskriterien zur chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention auf struktureller Ebene (hinsichtlich sozioökonomischer Benachteiligung)

STRUKTURELLE ANSÄTZE	Wirksamkeit	Chancengerechtigkeit	Erfolgskriterien
Bewegung und Ernährung			
Generelle Ansätze 1) Gestaltung der Umwelt, 2) Anpassung der Lebensmittelpreise, 3) Subventionen für gesundes Essen, 4) gemeindeweite Ansätze auf mehreren Ebenen	1) - 4) Wirkung praktisch nur in Kombination mit Verhaltensprävention (psychologische Intervention) oder mit Kampagnen;	1) - 4) Ja, wenn Erfolgskriterien angewandt. Sonst auch Beispiele für Verstärkung der Benachteiligung (z.B. Bike Sharing System eher von bessergestellten, bereits aktiven Männern benutzt)	1) - 4) Zielgruppenspezifisch, mehrere Ebenen (Verhaltens- und Verhältnisprävention), Partizipation
Kindheit 1) Leitlinien und Strukturen an Schulen, 2) Steuerabzüge für Sportkurse	1) Eher ja, wirksamer in Kombination mehrerer Ebenen; 2) Ja	2) Chancengerecht, wenn benachteiligte Gruppen seltener vom Angebot wissen	1) Kombination mehrerer Ebenen (Verhaltens- und Verhältnisprävention), längerfristige Umsetzung, partizipativ
Psychische Gesundheit			
Generelle Ansätze 1) Armutsabbau, 2) Verbesserung der Wohnsituation, 3) erleichteter Zugang zum Arbeitsmarkt, 4) soziale Integration, 5) Zugang zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsinformationen, 6) Zugang zu Erholungsräumen, 7) gesicherte Arbeitsverhältnisse und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen 8) Kampagnen zur Reduktion von Stigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen	1) -7) Wirkung auf psychische Gesundheit nicht immer direkt messbar. Interventionen verbessern aber soziale Determinanten für psychische Gesundheit und schaffen Vorbedingungen, um überhaupt Gesundheit zu verbessern; 8) Gemischt (kann auch kontraproduktiv wirken)	1) -8) Wirkung spezifischer Interventionen auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist abhängig vom Land und Setting und muss jeweils überprüft werden.	1) - 6) Eventuell Hilfestellungen nötig, um von Angeboten überhaupt Gebrauch zu machen; 3) Massnahmen sind auf benachteiligte Gruppen ausgerichtet; 5) Zugang ist niederschwellig, partizipativ (z.B. über Peers), aufsuchend motivierend, in der Sprache der Zielgruppe; Erleichterung des Zugangs zu webbasierten Interventionen, Hilfestellungen zum Finden von relevanten Informationen im Web; 8) Wissensvermittlung und Kontaktherstellung zu Betroffenen
Schwangerschaft/ frühe Kindheit 1) Zugang zu qualitativ guter Kinderbetreuung	1) Positive Wirkung auf psychisches Wohlergehen nachgewiesen	1) Grundsätzlich ja, aber kann auch chancengerecht sein (z.B. Kinder von alleinerziehenden, arbeitslosen Eltern nicht erreicht)	1) Zielgruppenspezifisch für benachteiligte Kinder (vgl. Sure Start, in UK, Head Start in USA), verbunden mit weiteren Komponenten (z.B. Hausbesuche, Öffentlichkeitsarbeit, Unterstützung der Eltern)
Kindheit, Jugend und junge Erwachsene 1) Präventionspläne auf Gemeindeebene	1) Vor allem Wirkung auf Problemverhalten und Sucht	1) Ja	1) Zielgruppenspezifisch: auf benachteiligte Jugendliche ausgerichtet, evidenzbasiert, z.B. <i>Communities that Care</i> Programm
Sucht (Tabakprävention)			
Generelle Ansätze 1) Erhöhung von Zigarettenpreis und Tabaksteuer, 2) Rauchverbote, 3) Beschränkungen in Tabakpromotion und Sponsoring, 4) Warnhinweise, 5) Medienkampagnen, 6) Finanzielle Anreize für Ärzte und Kostenübernahme von NRT	1) - 5) Grundsätzlich erfolgreich; 6) Nur wenig Forschung	3), 4), 6) Ja; 1) Etwas weniger wirksam bei benachteiligten Gruppen, da diese eher auf günstigere Produkte ausweichen; 2) Rauchverbote weniger wirksam in Gefängnissen und psychiatrischen Institutionen; 5) Ja, wenn Erfolgskriterien angewandt	1) & 2) Gleichzeitiger erleichteter Zugang zu Rauchstoppangeboten fördert Chancengerechtigkeit; 5) Medienkampagnen eher wirksam wenn zielgruppengerecht und personalisiert
Kindheit und Jugend 1) Beschränkungen im Verkauf an Minderjährige, 2) Präventionspläne auf Gemeindeebene	1) Ja 2) Ja	1) Wahrscheinlich ja (im Bericht nicht weiter analysiert); 2) Ja, bei benachteiligten Gruppen erprobt	2) Zielgruppenspezifisch: auf benachteiligte Jugendliche ausgerichtet, evidenzbasiert, z.B. <i>Communities that Care</i> Programm
Höheres Alter	1) Keine Studien zur Wirksamkeit gefunden	1) Auswirkung auf Benachteiligung noch wenig erforscht	-



1) Integration der Suchtproblematik in Ärzteausbildung			
--	--	--	--

Tabelle 4. Erfolgskriterien zur chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Bewegung und Ernährung (hinsichtlich sozioökonomischer Benachteiligung)

BEWEGUNG UND ERNÄHRUNG	Wirksamkeit	Chancengerechtigkeit	Erfolgskriterien
Ansätze auf Projekt-Ebene Schwangerschaft/frühe Kindheit (bis 3 Jahre) 1) Edukative Interventionen für Eltern, 2) Interventionen mit bereits übergewichtigen Kleinkindern (Gewichtsreduktion durch Verhaltensänderung in den Bereichen Bewegung, Ernährung und z.T. Medienkonsum), 3) Bewegungs- und Ernährungsinterventionen an Vorschulen und Kindertagesstätten	1) & 2) Ja 3) Gemischte Evidenz	1) Ja, wenn entsprechend den Erfolgskriterien auf sozioökonomisch benachteiligte Gruppen ausgerichtet 2) Chancenungerecht: Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sind an universellen Interventionen untervertreten; 3) Unbekannt: auch mit benachteiligten Gruppen durchgeführt, aber keine weitgehende Analyse der Chancengleichheit gefunden	1) Antizipierte Beratung (Schwangerschaft, kurz nach Geburt), multithematisch (z.B. Sensibilisieren fürs Gewicht der Kinder, Alltagsroutinen, Medien-, Schlafgewohnheiten), eher im Setting Gemeinde (z.B. Head Start/Sure Start), Fertigkeiten fördern (z.B. Kochen, Erziehungskompetenzen), Ziele setzen, Verhaltensänderungstechniken, Vernetzung (soziale Kontakte fördern, Information zu weiteren Unterstützungsangeboten); 2) an Zielgruppe angepasste, farbcodierte BMI Diagramme, Rekrutierung über Kinderärzte mittels persönlichem Kontakt erfolgreich, aber zusätzliche zielgruppenrelevante Settings (z.B. bestehende Unterstützungsprogramme) in Betracht ziehen; 3) Eher erfolgreich, wenn Eltern einbezogen
Kindheit (4-12 Jahre) 1) Interventionen an Schulen zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und/oder Prävention von Übergewicht (auf jeweils einen Bereich konzentriert oder kombiniert) 2) Vereinzelte Studien zu Ansätzen in anderen Settings (z.B. Medienkonsum zuhause, familienbasierte Bildung/Verhaltenstherapie, außerschulische Angebote)	1) Ja, aber eher in den Bereichen Ernährung, Medienkonsum, Verminderung des Risikos von Übergewicht, seltener Steigerung der körperlichen Aktivität und kaum Effekte auf BMI; 2) Ja, aber noch wenig erforscht	1) Gemischte Resultate: universelle schulbasierte Interventionen können Chancenungerechtigkeit verstärken (z.B. in 5 von 12 Studien im Review von Moore et al. [2015]); Forschungsbedarf: Wirkung auf die Benachteiligung nur etwa in 20% der Studien überprüft; 2) Ja, aber noch wenig erforscht	1) Strukturelle Ebene einbezogen (z.B. Leitlinien, Integration des Themas in den Lehrplan, Bewegungsübungen in regulären Lektionen, Anpassungen der physischen Umwelt, Anpassung der Schulmahlzeiten), multithematisch (z.B. Bewegung, Ernährung und Mediennutzung)
Jugend und junge Erwachsene (12-20 Jahre) 1) Interventionen zur Bewegung, Ernährung, Medienkonsum und/oder Prävention von Übergewicht (Ansätze: Verhaltenstechniken mit edukativen und/oder strukturellen Massnahmen, Settings: Schulen, Gemeinde, Gesundheitswesen, Sommerlager)	1) Gemischte Resultate: eher erfolgreich in Ernährung, weniger oft auch Effekt auf BMI	1) Gemischte Resultate von zielgruppenspezifischen Interventionen	1) Keine gefestigte Evidenz zu Erfolgskriterien (erfolgreiche/erfolgslose Interventionen unterscheiden sich kaum in Ansätzen). Mögliche Erfolgsstrategien: Partizipation (z.B. Peer Leaders), Einbindung Eltern, Erlebnisorientierung
Erwachsenenalter (21-55 Jahre) 1) Interventionen zur Steigerung der Bewegung, 2) Intensive Lebensstilinterventionen zum Gewichtsverlust, 3) Interventionen zur gesunden Ernährung, 4) Interventionen am Arbeitsplatz, 5) technologiebasierte Interventionen (SMS, Web, Smartphones, Fitnesstracker)	1) - 3) Ja 4) Gemischt 5) Kaum Forschung bei benachteiligten Gruppen	1) - 3) Eher chancenungerecht: benachteiligte Gruppen an universellen Interventionen untervertreten und weniger erfolgreich (auch bei zielgruppenspezifischer Ausrichtung); 4) Können chancenungerecht sein, falls nicht zielgruppenspezifisch 5) Vielversprechend, da Barrieren (z.B. Transportkosten, Zeit, Kinderbetreuung) überwindend	1) - 3) Gruppenbasiert, persönlicher Kontakt, durchführende Personen aus (oder vertraut mit) Zielgruppe, Fokus auf Motivation und Empowerment, praktische Übungen, inhaltliche Anpassungen an Zielgruppe (z.B. passende Rezepte, Bewegungsaktivitäten), ökonomische Anreize (nur kurzfristig wirksam); 3) einfache Botschaften, missverständliche Informationen zur Ernährung thematisieren; 4) zielgruppenspezifisch (sozioökonomisch benachteiligte Arbeitnehmende); 1) -4) Eher erfolgreich, wenn <i>nicht</i> multithematisch, sondern nur <i>eine</i> Verhaltensweise fokussiert

<p>Höheres Alter (ab 55 Jahren) 1) Interventionen zur Bewegungsförderung (individuell, gruppenbasiert, übers Telefon oder Hausbesuche), 2) Bewegung als Teil einer Beschäftigungstherapie</p>	<p>1) & 2) Ja</p>	<p>1) & 2) Wenig auf Chancengerechtigkeit untersucht, nur wenige Studien zu älteren Personen mit Diversitätshintergrund</p>	<p>1) Allgemein bei älteren Personen: gruppenbasiert, Angebote zur körperlichen Betätigung (in Gemeinde oder zu Hause), Interventionen über das Telefon, Pedometer; 1) & 2) Bei benachteiligten älteren Personen: personenzentriert (Empowerment), soziokulturell angepasst, Gesundheitsinformation, qualifiziertes Gesundheitspersonal;</p>
---	-----------------------	---	--

Tabelle 5. Erfolgskriterien zur chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychische Gesundheit (hinsichtlich sozioökonomischer Benachteiligung)

PSYCHISCHE GESUNDHEIT			
Ansätze auf Projekt-Ebene	Wirksamkeit	Chancengerechtigkeit	Erfolgskriterien
Schwangerschaft/frühe Kindheit (bis 3 Jahre) Unterstützung von Eltern in Erziehungsaufgaben: 1) im Gruppensetting oder 2) über Hausbesuche	1) & 2) Ja	1) Gemischt: bisher wenige, aber wirksame, zielgruppenspezifische Interventionen, erfolgreiche universelle Programme (z.B. <i>Triple-P</i>) nicht auf Chancengerechtigkeit untersucht; 2) Als chancengerecht eingestuft (gilt für universelle und zielgruppenspezifische Programme)	1) zielgruppenspezifisch, Setting Gemeinde statt Regelversorgung, logistische/psychologische Barrieren berücksichtigend, zeitlich angepasst (Thema behandeln, bis es beherrscht wird), Beginn schon in Schwangerschaft; 2) Kombiniert mit weiteren Gruppenangeboten für Eltern und Kinder, besuchende Person mit Training/Ausbildung
Kindheit (4-12 Jahre) Interventionen im schulischen Setting zur Förderung 1) der sozio-emotionalen Kompetenzen; 2) der Resilienz; 3) der Gesundheit allgemein (wirkungsvolle Thematiken vgl. Spalte Erfolgskriterien), 4) Gruppenbasierte Lernprogramme (z.T. an Schulen durchgeführt, z.B. FRIENDS Programm), 5) Technologiebasierte Interventionen, 6) Förderung der körperlichen Aktivität	1) - 4) Ja 5) Ja, wenn Familie einbezogen wird, noch wenig erforscht 6) Ja, aber noch relativ ungesicherte Evidenz	1) & 4) Chancengerechtigkeit wenig untersucht, aber Beispiele von erfolgreicher Durchführung bei Kindern mit Migrationshintergrund; 2) & 6) Nicht untersucht; 3) Ja; 5) Kann möglicherweise Zugang von benachteiligten Gruppen erleichtern (noch nicht erforscht);	3) <i>Health Promoting School Approach</i> der WHO: umfasst ganze Schule, langfristig, mehrere Ebenen (psychosoziales Umfeld der Schule, Eltern, Lehrer, Schüler); wirkungsvolle Thematiken: psychische Gesundheit, aggressives Verhalten, Ernährung und Bewegung; Durchführung durch Peers, periodische Follow-ups
Jugend und junge Erwachsene (12-20 Jahre) Schulisches Setting: 1) Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen und/oder Resilienz; 2) Achtsamkeitsbasierte Interventionen; 3) Förderung der mental health-literacy und des Hilfe Beanspruchens; Ausserschulische Settings: 4) familienzentrierte, gruppenbasierte Interventionen, 5) Freizeitangebote zur positiven Entwicklung (<i>Positive Youth Development</i>), 6) technologiebasierte Interventionen, 7) Förderung der körperlichen Aktivität	1) - 4) Ja, wirksam in Bezug auf depressive Störungen, vielfach auch Angststörungen, etc.; 3) eher weniger Einfluss auf Verhalten (z.B. Hilfe beanspruchen, Suizid); 5) gemischte Evidenz, ungenügend evaluiert; 6) wenig erforscht, aber vielversprechend im Bereich Depressionen und Angststörungen, 7) Ja, Selbstvertrauen, Depression	1) Kaum erforscht, ältere Meta-analyse findet aber Hinweis auf Chancengerechtigkeit bei Depressionsprävention (Jugendliche aus Minoritätsguppen erfolgreicher); 2) Eher chancengerecht (zielgruppenspezifische Interventionen mit gemischten Resultaten, in Meta-analyse als chancenneutral befunden); 3) Kaum erforscht, aber einige erfolgreiche Interventionen mit mehrheitlich benachteiligten Teilnehmenden; 4) Ja, einige erfolgreiche zielgruppenspezifische Interventionen; 5) - 7) Nicht erforscht	1) -3) Keine gefestigte Evidenz zu Erfolgskriterien; 4) zielgruppenspezifisch, soziokulturell und sprachlich angepasst, gruppenbasiert, familienzentriert;
Erwachsenenalter (21-55 Jahre) 1) Interventionen zur Erleichterung der Arbeitssuche, 2) Wiedereingliederungsprogramme in den Arbeitsmarkt; 3) Interventionen am Arbeitsplatz (Schulung von Arbeitgebern & Arbeitnehmern); 4) Verschreiben von Freizeitaktivitäten (<i>social prescribing</i>); 5) Technologiebasierte Interventionen; 6) Förderung der körperlichen Aktivität	1) Ja; 2) Ja, wirksamer als Beschäftigungsprogramme; 3) Ja, aber wenig Evidenz gefunden; 4) & 5) Noch relativ ungesicherte Evidenz; 6) Ja, aber nur Evidenz für stark benachteiligte Personen mit Suchtproblemen gefunden	1) & 2) Ja, auf benachteiligte Gruppen ausgerichtet; 3) Nicht untersucht; 4) Erfolgsversprechend, noch Forschungsbedarf; 5) Vielversprechend (erleichterter Zugang, Vermeidung von Stigma), noch keine Studien bei benachteiligten Gruppen; 6) Ja, erfolgreich bei stark benachteiligten Personen	1) Gruppenbasierte Trainingsprogramme, aktive Partizipation der Kursteilnehmenden, motivierend, Förderung von relevanten Fähigkeiten für Arbeitssuche
Höheres Alter (ab 55 Jahren) 1) Psychosoziale Interventionen, 2) Förderung der sozialen Integration (oftmals Teil von 1)	1) & 2) Ja, aber erst wenige Studien publiziert;	1) Ja, bei benachteiligten Personen mit Minoritätshintergrund wirksam; 2) Ja, aber Erfolgskriterien aus qualitativer Forschung abgeleitet	1) Multithematisch (körperliche Aktivität, kognitive Fähigkeiten, soziale Integration), längerfristig, inhaltlich/sprachlich an Zielgruppe angepasst, personenzentriert (Empowerment), Gesundheitsinformationen, Durchführung durch Gesund-

			heitsfachleute; 2) niederschwelliger, situationsgerechter, wertschätzender Zugang, frühzeitig, angepasst an verminderte Mobilität, wiederholende Angebote, personelle Kontinuität
--	--	--	---

Tabelle 6. Erfolgskriterien zur chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Sucht (hinsichtlich sozioökonomischer Benachteiligung)

SUCHT (am Beispiel der Tabakprävention)			
Ansätze auf Projekt-Ebene	Wirksamkeit	Chancengerechtigkeit	Erfolgskriterien
Schwangerschaft/frühe Kindheit (bis 3 Jahre) Rauchstoppinterventionen in Schwangerschaft: 1) Psychologische Interventionen (u.a. motivierende Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Entspannung, Problemlösungsfähigkeiten); 2) Webbasierte Interventionen; 3) Pharmakotherapie (NRT); 4) Rauchverbote in Wohnungen mit Kindern	1) & 2) Ja 3) Ungesichert 2) Ja, erfolgreiche, zielgruppenspezifische Interventionen liegen vor	1) & 2) Ja 3) Nein, bisher relativ erfolglose zielgruppenspezifische Interventionen 4) Ja, erfolgreiche zielgruppenspezifische Studien	1) Beratungsbasiert, finanzielle Anreize, an Zielgruppe angepasst (Sprache, Lebenslage), partizipativ; 2) Interaktiv; 3) Partizipative Ansätze, (z.B. Mentorinnen aus Zielgruppe), 4) Erfolgskriterien unklar
Kindheit (4-12 Jahre) 1) Rauchverbote an Betreuungseinrichtungen/ Schulen; 2) Interventionen zu sozio-emotionalen Kompetenzen (bzw. Lebenskompetenzen) an Schulen	1) Gemischt 2) Ja	1) Nicht erforscht 2) Eher ja, wenig erforscht, chancen neutrale Wirkung in einer Studie (Seattle Social Development Project)	2) Bisher keine Forschung zu Erfolgskriterien
Jugend und junge Erwachsene (12-20 Jahre) 1) Interventionen in der Schule zur Verhinderung des Einstiegs (Förderung sozialer Kompetenzen – alleine oder in Kombination mit Thematisierung von sozialen Einflüssen); 2) Rauchstoppinterventionen (kognitive Verhaltenstherapie, soziale Einflüsse, Motivationstechniken); 3) Ausserschulische Programme (positive Jugendentwicklung)	1) Ja; 2) Weniger erfolgreich als bei Erwachsenen; 3) Nein (keine signifikanten Effekte in Meta-analyse);	1) Eher neutral, aber z.T. auch chancenungerecht, basierend auf wenig Evidenz (kaum Angaben zu Benachteiligung in Studien); 2) Kaum untersucht, Interventionen in der Praxis in Evaluation eher als chancenungerecht eingestuft; 3) Nicht untersucht;	1) Mögliches Erfolgskriterium: Einbindung der Strukturebene (jedoch Mehrebenen-Interventionen in Meta-analyse bei Jugendlichen generell als nicht wirksam eingestuft)
Erwachsenenalter (21-55 Jahre) 1) Psychologische Rauchstoppinterventionen (kognitive Verhaltenstherapie); 2) Pharmakotherapie (z.B. NRT); 3) kombinierte Therapien (psychologisch & pharmakologisch); 4) technologiebasierte Interventionen (SMS, Web, soziale Netzwerke); 5) Kurzberatungen (z.B. Zahnärzte, Apotheken); 6) Rauchstoppllinien	1) - 5) Ja 6) Ja, als Zusatzangebot	1) & 3) Universelle Interventionen sind chancenungerecht (benachteiligte Gruppen weniger erfolgreich); 3) Oft als wirksamster Ansatz bei benachteiligten Gruppen eingestuft; 4) Ja, aber Evidenz erst aus Einzelstudien; 5) Nicht erforscht; 6) Eher nicht: v.a. von gutgebildeten Personen genutzt, aber Beispiele von erfolgreichen zielgruppenspezifischen Interventionen	1) - 3) Zielgruppenspezifisch, kombinierte Therapien, Gruppensetting, Peer-Support, spezialisierte Fachkräfte, motivierend, Stressbewältigungsstrategien, finanzielle Anreize (nur kurzfristig), proaktive Rekrutierung, Rekrutierung über soziale Netzwerke, Partizipation (bereits in Planungsphase, partizipative Forschung), Einbettung in bestehende psychologische Beratungen (z.B. Psychotherapie, Beratung bei häuslicher Gewalt); 4) Partizipation bei Entwicklung, Peer-Ansatz (z.B. bei Gruppenchats), personalisierte Interventionen (z.B. Videobotschaften), interaktive Programme; 5) verständlich aufbereitetes Informationsmaterial; 6) zielgruppenspezifisch, intensive/proaktive Rekrutierungsstrategien
Höheres Alter (ab 55 Jahren) 1) Psychologische Rauchstoppinterventionen; 2) NRT; 3) kombinierte Therapien (psychologisch & pharmakologisch)	1) -3) Ja	1) -3) Ja, aber nur in Hinblick auf Benachteiligungsmerkmal <i>Alter</i> untersucht (d.h. nicht auf zusätzliche Benachteiligungsmerkmale)	1) - 3) Persönlicher Kontakt, altersspezifisch (z.B. körperliche Einschränkungen, reduziertes Seh- und Hörvermögen berücksichtigt), aufsuchend, ressourcenstärkend, an Lebenswelt orientiert

Tabelle 7. Erfolgskriterien zur chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention zum horizontalen Benachteiligungsmerkmal Gender

ANSÄTZE ZU BENACHTEILIGUNGSMERKMALEN	Wirksamkeit	Chancengerechtigkeit	Erfolgskriterien
GENDER			
Bewegung und Ernährung			
Strukturelle Ebene 1) Strukturelle Massnahmen (vgl. Tabelle 3); 2) Gemeindefweite Mehrebenen-Interventionen	1) Nur in Verbindung mit Verhaltensprävention (Tabelle 4); 2) Gemischt	1) & 2) Gemischt: z.T. unterschiedliche Wirksamkeit nach Geschlechtern (in beide Richtungen), in wenigen Studien untersucht	1) & 2) Keine Evidenz zu Erfolgskriterien
Projekt-Ebene Interventionen zur Bewegungsförderung: 3) in der Regelversorgung, 4) bei älteren Personen, 5) bei Kindern zu Hause; 6) bei Mädchen (mittels Teamsport); 7) Computerbasierte Ernährungsinterventionen bei Kindern/Jugendlichen; 8) Multizentrische Interventionsstudien zur Gewichtsreduktion; 9) Männerspezifische Interventionen	5) & 7) Gemischt; 3) & 6) Keine Angaben in berücksichtigter Literatur; 4), 8), 9) Ja	3) - 5), 7) Gemischt: z.T. unterschiedliche Wirksamkeit nach Geschlechtern, wenig untersucht; 6) Ja, genderspezifisch; 8) Chancenungerecht: Intersektionalität Gender & Minoritätshintergrund führt zu geringerem Erfolg; 9) Ja, kann Rekrutierung von benachteiligten Männern steigern	3) - 5), 7), 8) Keine Evidenz zu Erfolgskriterien; 6) Partizipative Einbindung, Motivation; 9) Fokus auf körperliche Aktivität und Leistung, sprachliche Anpassungen (z.B. „Training“ statt „Gymnastik“), Rekrutierung und Durchführung in „Männersettings“ (z.B. Vereine, Organisationen, Sportclubs)
Psychische Gesundheit			
Strukturelle Ebene 1) Universelle strukturelle Massnahmen (vgl. Tabelle 3); 2) Kampagnen zu Männlichkeit und Suizid	1) siehe Struktur (Tabelle 3); 2) Ja (Resultat beruht aber nur auf Einzelstudie)	1) Impliziter Genderbias möglich; 2) Ja, zielgruppenspezifisch	1 & 3) Keine Hinweise auf Erfolgskriterien; auch keine Thematisierung von existierenden Tools für gendersensible Gesundheitsförderung (Gender Mainstreaming) in untersuchter Literatur; 2) Keine Identifikation von Erfolgskriterien möglich, da nur Einzelstudie, gewählter Ansatz: Dokumentarfilm gekoppelt mit Social Media Kampagne
Projekt-Ebene 3) Universelle Interventionen an Schulen (vgl. Tabelle 5)	3) Ja	3) Nur wenige Studien publizieren Zahlen zu Gendereffekten, da wo vorhanden: gemischte Resultate	
Sucht (am Beispiel der Tabakprävention)			
Strukturelle Ebene 1) Strukturelle Massnahmen (vgl. Tabelle 3)	1) Grundsätzlich wirksam, siehe Struktur (Tabelle 3)	1) Unterschiedliche Wirkung möglich, z.B. Ausweichverhalten bei Preiserhöhungen	1) & 2) Keine Hinweise auf Erfolgskriterien; auch keine Thematisierung von existierenden Tools für gendersensible Gesundheitsförderung (Gender Mainstreaming, Diversitätschecklisten) in untersuchter Literatur
Projekt-Ebene 2) Interventionen in der Schule zur Verhinderung des Einstiegs;	2) Ja, aber eher gemischte Resultate	2) Nur wenige Studien publizieren Zahlen zu Gendereffekten, da wo vorhanden: gemischte Resultate, eventuell Mädchen eher erfolgreich	

Tabelle 8. Erfolgskriterien zur chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention zum horizontalen Benachteiligungsmerkmal Migrationshintergrund

ANSÄTZE ZU BENACHTEILIGUNGSMERKMALEN	Wirksamkeit	Chancengerechtigkeit	Erfolgskriterien
MIGRATIONSHINTERGRUND			
Bewegung und Ernährung			
Strukturelle Ebene 1) Zielgruppenspezifische Medienkampagnen	1) Gemischte Evidenz, wenige Studien	1) Ja (sofern wirksam), da zielgruppenspezifisch	1) Mögliches Erfolgskriterium: Nutzung der Medien der Zielgruppe
Projekt-Ebene Bewegungs- und Ernährungsinterventionen mit: 2) Frauen aus Minoritätsgruppen, 3) Kindern mit Migrationshintergrund; 4) Webbasierte Interventionen zur Gewichtsabnahme mit Minoritätsgruppen;	2) Gemischt; 3) Ja, aber nicht alle Outcomes gleich erfolgreich; 4) Ja, aber bescheidener Erfolg	2) & 3) Ja (sofern wirksam), da zielgruppenspezifisch; 4) Hohe Halteraten unterstreichen Potential von Webinterventionen bei benachteiligten Gruppen	2) Durchführung durch Personen/in Settings der Zielgruppe, Einbezug der Familie, soziokulturell angepasst; 3) Multithematisch (z.B. Bewegung, Ernährung und Mediennutzung), Eltern einbezogen, soziokulturell angepasst, Partizipation, Durchführung durch Personen/in Settings der Zielgruppe; 4) Mögliche Erfolgskriterien: soziokulturelle/sprachliche Anpassungen, punktuelle persönliche Unterstützung
Psychische Gesundheit			
Strukturelle Ebene 1) Erleichterter Zugang zu Gesundheitsinformationen; 2) Erleichterter Zugang zum Gesundheitssystem	1) & 2) Siehe Struktur (Tabelle 3)	1) & 2) Zusätzliche Barrieren möglich (z.B. Sprache, Tabuisierung/Stigmatisierung von psychischen Störungen)	1) Mögliche Ansätze: Einfache Sprache, Herkunftssprache, Hilfestellungen zum Finden/Beurteilen von webbasierter Information; 2) Bedarf an Ansätzen, die möglichen Tabus/Stigmata Rechnung tragen: z.B. Einbettung in Lebenswelt, Partizipation
Projekt-Ebene 3) Achtsamkeitsbasierte Interventionen	3) Ja	3) Ja, einige erfolgreiche zielgruppenspezifische Interventionen	3) Noch keine Forschung zu Erfolgskriterien
Sucht (am Beispiel der Tabakprävention)			
Strukturelle Ebene 1) Zielgruppenspezifische Medienkampagnen	1) Eher wenig wirksam, siehe Struktur (Tabelle 3)	1) Ja, bessere Erreichung der Zielgruppe (aber Wirkung unklar)	1) Mögliche Erfolgskriterien: Nutzung der Medien der Zielgruppe, einfache Sprache, personalisiert, zielgruppengerechte Wahl der Kommunikationstechnologie (z.B. Social Media/Videos für Jugendliche), lebensweltliche/ sprachliche Anpassung
Projekt-Ebene 2) Zielgruppenspezifische Rauchstoppinterventionen	2) Ja	2) Ja, hohe Haltequoten und Rauchstopp-raten sind möglich	2) Innerhalb sozialer Netzwerke, gruppenbasiert, in Muttersprache

Tabelle 9. Erfolgskriterien zur chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention zu den horizontalen Benachteiligungsmerkmalen sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität

ANSÄTZE ZU BENACHTEILIGUNGSMERKMALEN	Wirksamkeit	Chancengerechtigkeit	Erfolgskriterien
SEXUELLE ORIENTIERUNG / GENDERIDENTITÄT			
Bewegung und Ernährung			
Strukturelle Ebene 1) Strukturelle Massnahmen (vgl. Tabelle 3)	1) Nur in Verbindung mit Verhaltensprävention (siehe Tabelle 3)	1) Wirkung auf LGBT nicht untersucht	
Projekt-Ebene 2) Universelle Bewegungs- und Ernährungsinterventionen; 3) Zielgruppenspezifische Interventionen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung bei lesbischen und bisexuellen Frauen	2) Gemischt (siehe Tabelle 4); 3) Ja, aber nur sehr wenige Studien (nur mit LB Frauen) bekannt	2) Wirkung auf LGBT nicht untersucht ; 3) Ja	2) & 3) Möglicher Anknüpfungspunkt: Bewegungs- und Ernährungsverhalten im Zusammenhang mit normativen Körperbildern; 3) Partizipation, Gruppensetting, Fokus auf körperliche Aktivität statt Gewicht
Psychische Gesundheit			
Strukturelle Ebene 1) Antidiskriminierungsgesetze; 2) Sensibilisierung von Akteuren der Regelversorgung; 3) Sensibilisierungskampagnen; 4) Abbau von Barrieren in der Regelversorgung; 5) Zugang zu medizinischen Leistungen/ Gesetzesänderungen in Bezug auf die Geschlechtsanpassung; 6) Pflicht zum Monitoring von sexueller Orientierung und Genderidentität in Gesundheitserhebungen	1) Ja (in US Bundesstaaten untersucht); 2) Ja (jedenfalls kurzfristig); 3) - 6) Keine Studien zur Wirkung gefunden;	1) & 2) Ja; 3) Kann Stigmatisierung noch verstärken (z.B. HIV Kampagnen); 4-6) Geforderte Massnahmen, keine Studien zur Wirkung auf Chancengerechtigkeit gefunden;	1) Keine Erfolgskriterien gefunden; 2) Wissen zu medizinischen Aspekten vermitteln, Kontakt herstellen, Referenten aus der Zielgruppe; 3) Mögliche Erfolgskriterien: Fokus auf das Thema (sexuelle) Diversität, persönliche Geschichten, Stigmatisierung vermeiden
Projekt-Ebene 5) Förderung eines offenen Schulklimas; 6) Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen; 7) Vernetzung und soziale Unterstützung; 8) Bekämpfung von Depression (z.B. mittels Kampagnen); 9) LGBT Beratungsstellen, Austauschtreffs und Selbsthilfegruppen (für Betroffene und Angehörige); 10) Öffnung bestehender Suizidpräventionsprogramme für LGBT Anliegen; 11) LGBT Suizid-Hotlines;	5) Ja (in US Schuldistrikten untersucht), auch wirksam für psychische Gesundheit heterosexueller Jugendlicher; 6) Ja; 7) & 8) Ja, aber jeweils nur eine Studie gefunden; 9) - 11) Keine Studien zur Wirkung gefunden;	5) Ja, aber Effekt auf Transmenschen noch nicht untersucht; 6) Ja, zwei erfolgreiche zielgruppenspezifische Studien mit Jugendlichen; 7) & 8) Ja, jeweils eine erfolgreiche zielgruppenspezifische Intervention; 9) & 10) Noch ungenügend erforscht; 11) Evidenz, dass zielgruppenspezifische Hotline eher genutzt wird;	5) Massnahmen beinhalten eine Gay-Straight Allianz, LGBT-relevante Gesundheitsinformation in Lehrplan integriert, Verbot von Bullying aufgrund sexueller Orientierung/Genderidentität, Fortbildung Lehrkräfte, Vernetzung mit LGBT freundlichen Gesundheitsanbietern; 6) – 8) Noch keine Forschung zu Erfolgskriterien; 10) Mögliche Erfolgskriterien: u.a. Partizipation in Konzipierung und Durchführung, Peer Support
Sucht (am Beispiel der Tabakprävention)			
Strukturelle Ebene 1) Strukturelle Massnahmen (vgl. Tabelle 3)	1) Grundsätzlich wirksam, siehe Struktur (Tabelle 3)	1) Wirkung auf LGBT nicht untersucht	
Projekt-Ebene 2) Interventionen in der Schule zur Verhinderung des Einstiegs; 3) Zielgruppenspezifische, psychologische Rauchstoppinterventionen; 4) Antidiskriminierungsstrategien an Schulen (Anti-Bullying Leitlinien, Gay-Straight Allianzen)	2) Eher gemischt; 3) Ja; 4) Ja, verringerter Tabakkonsum bei LGBT Jugendlichen festgestellt	1) & 2) Wirkung von strukturellen und universellen schulbasierten Massnahmen auf LGBT nicht untersucht; 3) Ja, aber Transmenschen bisher wenig vertreten, Chancengerechtigkeit aufgrund Intersektionalität (z.B. mit Minoritätshintergrund) möglich; 4) Ja	2) Mögliche Erfolgskriterien: Diversity Education in Suchtprävention integrieren; 3) LGBT Setting, Kursleiter aus Zielgruppe, aktive Komponenten (Identifikation von Barrieren/Ressourcen, Verpflichtungen eingehen, Assessment), inhaltliche Anpassungen (z.B. LGBT spezifische Trigger, Hormontherapie)

7 Schlussfolgerungen und abschliessende Empfehlungen

Die vorhergehenden Kapitel sind, basierend auf einer systematischen Literaturrecherche der letzten fünf Jahre, der Frage nachgegangen, inwiefern Ansätze in den Bereichen *Bewegung und Ernährung*, *psychische Gesundheit* und *Sucht* chancengerecht sind und welche Erfolgskriterien für eine chancengerechte Wirkung verantwortlich sind. Das heisst, es wurden folgende eingangs erwähnte Fragen zu beantworten gesucht (vgl. Kap. 1.3):

- 1) Welche Ansätze können erfolgreich gesundheitliche Ungleichheiten bei benachteiligten Gruppen reduzieren?
- 2) Welche Ansätze verschärfen gesundheitliche Ungleichheiten allenfalls?
- 3) Welche Erfolgskriterien liegen wirksamen Massnahmen zugrunde?

In den folgenden Abschnitten werden Schlussfolgerungen zu erfolgreichen Ansätzen und Erfolgskriterien zuerst für Ansätze auf struktureller Ebene, dann für jene auf Projekt-Ebene (gegliedert nach Lebensphasen) beschrieben. Darauf folgen Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Ansätze und Erfolgskriterien zu den horizontalen Benachteiligungsmerkmalen Gender, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität und für die Organisationsentwicklung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für Interventionen in allen Bereichen (Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit und Sucht) und für alle untersuchten Benachteiligungsmerkmale die folgenden Aspekte wichtige Erfolgskriterien darstellen: die Partizipation, ein Fokus auf Motivation und Empowerment, die Rekrutierung und/oder Durchführung im Setting der Zielgruppe und durch Personen aus der Zielgruppe, der Einbezug mehrerer Ebenen und die Anpassung von Inhalten und Sprache an die Lebenswelt der Zielgruppe. Zudem ist die Beachtung von möglichen Chancenungerechtigkeiten bei der Planung, dem Monitoring und der Evaluation von konkreten Interventionen zentral. Wo quantitative Evaluationen oder Studien publiziert werden, sollten Effekte nach Benachteiligungsmerkmalen ausgewiesen werden. Damit die Gesundheitsförderung und Prävention systematisch und nachhaltig chancengerecht ausgestaltet werden kann, ist schliesslich auch eine Weiterentwicklung der im Bereich tätigen Organisationen nötig. Dabei lassen sich Empfehlungen für Massnahmen zur Organisationsentwicklung, welche im Hinblick auf eine chancengerechte Versorgung von benachteiligten Personen mit Migrationshintergrund erarbeitet wurden (Pfluger et al. 2009), auf benachteiligte Gruppen im Allgemeinen ausweiten.

Strukturelle Ansätze

- Strukturelle Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit gelten grundsätzlich als chancengerecht, während jene im Bereich der Tabakprävention bekannte chancenungerechte Effekte aufweisen (z.B. Ausweichen auf günstigere Alternativen bei Preiserhöhungen). Dennoch müssen auch

strukturelle Massnahmen zur psychischen Gesundheit (z.B. Umverteilungsmassnahmen) von Fall zu Fall auf ihre Chancengerechtigkeit überprüft werden.

- Strukturelle Massnahmen im Bereich Bewegung und Ernährung entfalten praktisch nur in Zusammenhang mit Interventionen auf individueller Ebene eine Verhaltensänderung (Kombination Verhaltens- und Verhältnisprävention).
- Auch in den anderen Bereichen kann ein solcher Mehrebenen-Ansatz (d.h. die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention) die Chancengerechtigkeit erhöhen, wenn beispielsweise auf individueller oder Gemeindeebene Interventionen dafür sorgen, dass benachteiligte Gruppen über bestehende Angebote informiert sind und allenfalls Unterstützung angeboten wird, um mögliche Hürden zur Teilnahme überwinden können.
- Wie von Studien zum Zugang zum Gesundheitssystem abzuleiten ist, wird der Zugang zu Leistungen und Angeboten erleichtert, wenn er niederschwellig, partizipativ (z.B. über Peers), aufsuchend motivierend (z.B. Sozialarbeiterinnen motivieren zur Beanspruchung von Regelangeboten) und in der Sprache der Zielgruppe geschieht.
- Strukturelle Massnahmen sind generell so zu gestalten, dass auch die Bedürfnisse von benachteiligten Gruppen abgedeckt sind. Wo dies nicht möglich ist oder wo benachteiligte Gruppen weniger als andere Gruppen von Massnahmen profitieren, sind zielgruppenspezifische Angebote angebracht (z.B. Unterstützungsprogramm zur Arbeitssuche speziell für benachteiligte Jugendliche oder die Preiserhöhung des Zigarettenpreises wird mit Förderung von Rauchstoppangeboten bei benachteiligten Gruppen kombiniert)
- Auch bei zielgruppenspezifischen strukturellen Massnahmen zählen die Einbindung mehrerer Ebenen und die partizipative Einbindung der Zielgruppe zu den Erfolgskriterien (z.B. sind strukturelle Massnahmen an Schulen erfolgreicher, wenn sie auch die Familien und Gemeinde in die Entwicklung und Umsetzung involvieren).
- Nicht-zielgruppengerichtete Kampagnen im Bereich der Tabakprävention gelten als wenig wirksam/chancengerecht und Sensibilisierungskampagnen im Bereich der psychischen Gesundheit können im schlimmsten Fall Stigmatisierungen noch verstärken. Für chancengerechte, nicht stigmatisierende Kampagnen empfehlen sich unter anderem folgende Erfolgskriterien: Einbezug von Medien/-schaffenden aus benachteiligten Gruppen, lebensweltliche/sprachliche Anpassungen, persönliche Geschichten, Fokus auf Diversität.

Ansätze auf Projekt-Ebene

Schwangerschaft/frühe Kindheit:

- Zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft/frühen Kindheit haben sich sowohl im Bereich Bewegung und Ernährung, wie auch

in der psychischen Gesundheit edukative Programme bewährt, welche die Eltern in ihren Erziehungsaufgaben unterstützen. Universelle Angebote sind oftmals nicht auf ihre Wirkung auf benachteiligte Gruppen erforscht. Aus zielgruppenspezifischen Interventionen sind folgende Erfolgskriterien abzuleiten: antizipierte Beratung mit Beginn bereits in der Schwangerschaft, welche multithematisch ist und in der Gemeinde und nicht in der Regelversorgung stattfinden. Hausbesuche können unter Umständen den Erfolg erhöhen. Auch fördern erfolgreiche Angebote die Vernetzung und etablieren soziale Kontakte, wozu das Gruppensetting besonders geeignet ist.

- In der frühen Kindheit und in der Kindheit sind multithematische Interventionen erfolgreich. Interventionen zu den Bereichen Bewegung und Ernährung und psychischer Gesundheit können kombiniert werden.
- In der Tabakprävention haben sich zielgruppenspezifische, inhaltlich/sprachlich angepasste, partizipative Rauchstoppinterventionen mit verschiedenen psychologischen Beratungsansätzen (vgl. Tabelle 8) in der Schwangerschaft bewährt. Die Einbindung der Zielgruppe kann z.B. über durchführende Personen aus der Zielgruppe erreicht werden.

Kindheit und Jugend/junge Erwachsene:

- In dieser Lebensphase geschieht die Gesundheitsförderung und Prävention vor allem im schulischen Setting. Universelle schulbasierte Interventionen sind bisher kaum auf ihre Wirkung auf die Chancengerechtigkeit erforscht. Aus den wenigen Studien, welche dies tun, ist zu schliessen, dass schulische Interventionen sich sowohl chancengerecht, wie auch chancenungerecht auswirken können.
- Für schulische Interventionen in der Kindheit können gewisse Erfolgskriterien für die Chancengerechtigkeit ausgemacht werden: multithematische Interventionen, welche mehrere Ebenen (insbesondere die Strukturebene) einschliessen, z.B. der Health Promoting School Approach der WHO. Auch kann sich eine Durchführung durch Peers lohnen.
- Im Jugendalter lassen sich keine Erfolgskriterien für chancengerechte Interventionen identifizieren.
- Bei der Planung, Monitoring und Evaluation von schulischen Interventionen sollten deshalb möglichen Chancenungerechtigkeit Rechnung getragen werden, damit diesen entgegengewirkt werden kann.
- Studien zu schulischen Interventionen sollten Daten zu Benachteiligungsmerkmalen erheben und Resultate nach Subgruppen ausweisen, welche in Meta-Analysen zusammengefasst werden können⁸¹.

⁸¹ Folgende Guidelines existieren diesbezüglich: ‚PROGRESS-Plus‘ (O’Neill et al. 2014), CONSORT-equity (Welch et al. 2015), und die PRISMA-Equity 2012 Extension Checkliste (Welch et al. 2012).

Erwachsenenalter:

- In der Tabakprävention und im Bereich Bewegung und Ernährung sind erfolgreiche, generelle Interventionen zwar auch grundsätzlich wirksam bei benachteiligten Gruppen. Sie sind aber eher chancenungerecht, da benachteiligte Personen oft weniger grosse Erfolge erzielen. Zielgruppenspezifische Interventionen haben sich deshalb bewährt. Auch im Bereich der psychischen Gesundheit sind viele wichtige Angebote, welche die psychische Gesundheit von benachteiligten Personen fördern (z.B. Interventionen zur Erleichterung der Arbeitssuche) auf benachteiligte Gruppen ausgerichtet.
- Wichtige, bereichsübergreifende Erfolgskriterien von zielgruppenspezifischen Interventionen sind folgende: Gruppensetting, Fokus auf Motivation und Empowerment und partizipative Elemente (z.B. Peer-Support, Durchführende Person aus der Zielgruppe/vertraut mit Zielgruppe, Partizipation bereits ab Entwicklungsphase, aktive Partizipation der Kursteilnehmenden).

Höheres Alter:

- Wenige Studien beschäftigen sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung und Prävention bei Personen im höheren Alter – und noch weniger bei zusätzlich benachteiligten älteren Personen.
- Im Bereich der Tabakprävention scheinen dieselben Ansätze wirksam, wie im (jüngeren) Erwachsenenalter (d.h. psychologische, pharmakologische und kombinierte Rauchstoppinterventionen). Im Bereich der psychischen Gesundheit haben sich multithematische Interventionen bewährt, welche z.B. die körperliche Aktivität, die kognitiven Fähigkeiten und die soziale Integration förderten. Interventionen im Bereich Bewegung und Ernährung lassen sich also in dieser Altersgruppe wieder mit der Förderung der psychischen Gesundheit verbinden.
- Als Erfolgskriterium ist in dieser Altersgruppe insbesondere der persönliche Kontakt (individuell, im Gruppensetting, Hausbesuche) zentral. Daneben werden auch weitere Erfolgskriterien genannt, wie: altersspezifische Anpassungen (an körperliche Einschränkungen, Hör-/Sehvermögen), aufsuchende Angebote, Stärkung von Ressourcen und Empowerment, an der Lebenswelt orientiert.

Ansätze zu horizontalen Benachteiligungsmerkmalen

Gender:

- Nur wenige Studien in den drei untersuchten Bereichen publizieren jeweils Zahlen zu Gendereffekten. Dort, wo sie existieren, deuten sie eher auf einen gemischten Effekt hin. Manchmal sind also Frauen und manchmal Männer weniger erfolgreich. Es gibt aber Einzelstudien, die aufzeigen, dass sich die Überschneidung von Benachteiligungsmerkmalen (Intersektionalität) auch in einem zusätzlich geminderten Erfolg widerspiegeln kann.

- Es gilt deshalb, mögliche Gendereffekte bei der Planung, beim Monitoring und der Evaluation kritisch im Auge zu behalten. Wo quantitative Evaluationen oder Studien publiziert werden, sollten Effekte nach Benachteiligungsmerkmalen ausgewiesen werden (vgl. Abschnitt Kindheit s.o.).
- Nur ein Review zu Mädchenspezifischer Bewegungsförderung konnte gefunden werden. Hier werden wieder die partizipative Einbindung und der Aspekt der Motivation als Erfolgskriterien genannt.
- Männer sind in Bewegungs- und Ernährungsinterventionen oft untervertreten. Relevant ist dies für die Chancengerechtigkeit in Bezug auf die Rekrutierung benachteiligter Männer. Erfolgskriterien, um Männer stärker einzubinden sind folgende: Fokus auf körperliche Aktivität und Leistung, sprachliche Anpassungen (z.B. „Training“ statt „Gymnastik“), und die Rekrutierung und Durchführung in „Männersettings“ (z.B. Vereine, Organisationen, Sportclubs).

Migrationshintergrund:

- In den Bereichen Bewegung und Ernährung und zum Rauchstopp wurden bereits erfolgreiche zielgruppenspezifische Interventionen mit Migrantinnen und Migranten durchgeführt. Für den Rauchstopp haben sich gruppenbasierte Interventionen in bestehenden sozialen Netzwerken bewährt. Bei Bewegungs- und Ernährungsinterventionen wird die Einbindung der Familienebene hervorgehoben. Für beide Bereiche gelten die Partizipation, die Durchführung durch Personen/in Settings der Zielgruppe und eine Anpassung der Sprache als weitere Erfolgskriterien.
- Im Bereich der psychischen Gesundheit deuten Studien darauf hin, dass gewisse Personen mit Migrationshintergrund einen erschwertem Zugang zu Angeboten der psychischen Gesundheit (z.B. aufgrund von Tabuisierung/Stigmatisierung psychischer Störungen) und zu verlässlichen Gesundheitsinformationen im Internet haben (z.B. aus Überforderung mit Informationsflut). Noch gibt es keine Forschung diesbezüglich, aber zielgruppenspezifische Interventionen, welche den Zugang zu psychischen Gesundheitsangeboten erleichtern und möglichen Tabus/Stigmata Rechnung tragen, sind zu entwickeln.

Sexuelle Orientierung und/oder Genderidentität:

- Die Benachteiligungsmerkmale der sexuellen Orientierung und Genderidentität wurden bisher in universellen Interventionsstudien praktisch nicht erhoben. Die Wirkung von Interventionen in der Allgemeinbevölkerung auf die Chancengleichheit von LGBT Menschen kann deshalb nicht abgeschätzt werden.
- Wenige Studien zu zielgruppenspezifischen Interventionen existieren im Bereich der Tabakprävention (Rauchstoppinterventionen). Als Erfolgskriterien von wurden unter anderem die Durchführung durch LGBT Personen und im Setting der Zielgruppe, partizipative Kurskomponenten, inhaltliche Anpassungen aufgeführt.

- Im Bereich der psychischen Gesundheit zeigen bisher Interventionen zur Förderung eines positiven Schulklimas die grössten Effekte, insbesondere auch in der Suizidprävention. Erfolgreiche Interventionen umfassen wieder mehrere Ebenen (Förderung der Lehrkräfte, Gay-Straight Allianzen der SchülerInnen, Vernetzung mit externen LGBT freundlichen Gesundheitsdienstleistern) und haben strukturelle Komponenten (LGBT-relevante Gesundheitsinformation im Lehrplan, Bullying-Verbot). Zudem werden Gay-Straight Allianzen, von Schülerinnen und Schülern organisiert und sind partizipativ.
- Im Bereich Bewegung und Ernährung liegen einige Einzelstudien zu erfolgreichen zielgruppenspezifischen Interventionen mit lesbischen und bisexuellen Frauen vor. Mögliche Erfolgskriterien sind dabei die Durchführung im Gruppensetting mit lokalen Organisationen der Zielgruppe und ein Fokus auf körperliche Aktivität statt auf die Thematisierung des Gewichts
- Eine weitere Aufzählung von vielversprechenden, aber noch wenig erforschten, Ansätzen zur Förderung der psychischen Gesundheit von LGBT Menschen ist in Tabelle 9 aufgeführt.

Organisationsentwicklung

Damit Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention ihre Angebote nachhaltig chancengerecht ausrichten können, empfehlen sich folgende Massnahmen zur Organisationsentwicklung, welche auf Erkenntnissen aus dem Migrationsbereich (vgl. Pfluger et al. 2009) beruhen:

- Um bei allen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten sicherzustellen, dass auch benachteiligte Gruppen berücksichtigt werden, ist eine Verankerung der Prinzipien der Chancengleichheit und der Chancengerechtigkeit auf strategischer Ebene vorzunehmen. Diese Prinzipien sollen Eingang in Strategiedokumente der Organisation finden und nach innen und aussen kommuniziert werden.
- Bewährte Angebote, welche die Chancengerechtigkeit fördern, sollen langfristig finanziert und institutionalisiert werden. Instrumente zur Finanzierung der Vernetzungsarbeit und für das Aufgleisen von Massnahmen zur Organisationsentwicklung sind zu prüfen.
- Personen aus benachteiligten Gruppen sollen auf allen Ebenen der Organisation und in allen Phasen der Entwicklung von Interventionen mitwirken. Unter anderem werden dafür die Anstellung von Fachpersonen aus den Zielgruppen und die Zusammenarbeit mit Organisationen der Zielgruppen empfohlen.
- Alle Mitarbeitenden sollen dazu befähigt werden, im Sinne der transkulturellen Kompetenz (vgl. Domenig 2007), auf benachteiligte Personen situationsgerecht und auf ihre Bedürfnisse angepasst eingehen zu können. Dazu eignen sich Fortbildungen und Angebote zum Konfliktmanagement.

- Eine Vernetzung mit anderen Akteuren, welche ihre Angebote auf den Einbezug von benachteiligten Gruppen angepasst haben, ist vorzunehmen. Die Vernetzung kann über Koordinationsgremien oder über den Einsitz in Gremien anderer Organisationen institutionalisiert werden.

8 Literaturverzeichnis

- Abeykoon, A.H./ Engler-Stringer, R./ Muhajarine, N. 2017. "Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review." *Public Health Nutrition* 20 (12):2236-2248. doi: 10.1017/S1368980017000933.
- Ajie, W.N./ Chapman-Novakofski, K.M. 2014. "Impact of computer-mediated, obesity-related nutrition education interventions for adolescents: a systematic review." *Journal of Adolescent Health* 54 (6):631-45. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.019.
- Allen, J./ Balfour, R./ Bell, R./ Marmot, M. 2014. "Social determinants of mental health." *International Review of Psychiatry* 26 (4):392-407. doi: 10.3109/09540261.2014.928270.
- Allison, R./ Bird, E.L./ McClean, S. 2017. "Is Team Sport the Key to Getting Everybody Active, Every Day? A Systematic Review of Physical Activity Interventions Aimed at Increasing Girls' Participation in Team Sport." *AIMS Public Health* 4 (2):202-220. doi: 10.3934/publichealth.2017.2.202.
- Alves, J.G./ Gale, C.R./ Souza, E./ Batty, G.D. 2008. "[Effect of physical exercise on bodyweight in overweight children: a randomized controlled trial in a Brazilian slum]." *Cadernos de Saude Publica* 24 Suppl 2:S353-9.
- Amos, A./ Brown, T./ Platt, S. 2013. A systematic review of the effectiveness of policies and interventions to reduce socio-economic inequalities in smoking among adults. Edinburgh: Centre for Population Health Science, University of Edinburgh.
- Attwood, S./ van Sluijs, E./ Sutton, S. 2016. "Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis." *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 13:60. doi: 10.1186/s12966-016-0384-8.
- BAG. 2008a. Fokusbericht Gender und Gesundheit.: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG. 2008b. Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung - Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG. 2017. Tabakproduktegesetz (inoffizieller Vorabdruck des BAG), 08.12.2017. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG. 2018. Chancengleichheit und Gesundheit. Zahlen und Fakten für die Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG/ GDK/ GFCH. 2016. Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Massnahmenplan. Bern: BAG – Bundesamt für Gesundheit, GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, GFCH – Gesundheitsförderung Schweiz.
- Baker, P.R.A./ Francis, D.P./ Soares, J./ Weightman, A.L./ Foster, C. 2015. "Community wide interventions for increasing physical activity." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:CD008366-CD008366. doi: 10.1002/14651858.CD008366.pub3.
- Bala, M.M./ Strzeszynski, L./ Topor-Madry, R./ Cahill, K. 2013. "Mass media interventions for smoking cessation in adults." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6):Cd004704. doi: 10.1002/14651858.CD004704.pub3.
- Ball, K./ Carver, A./ Downing, K./ Jackson, M./ O'Rourke, K. 2015. "Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours." *Health Promotion International* 30 Suppl 2:ii18-9. doi: 10.1093/heapro/dav022.
- Barlow, J./ Bergman, H./ Kornor, H./ Wei, Y./ Bennett, C. 2016. "Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8):Cd003680. doi: 10.1002/14651858.CD003680.pub3.
- Baskerville, N.B./ Dash, D./ Shuh, A./ Wong, K./ Abramowicz, A./ Yessis, J./ Kennedy, R.D. 2017. "Tobacco use cessation interventions for lesbian, gay, bisexual,

- transgender and queer youth and young adults: A scoping review." *Preventive Medicine Reports* 6:53-62. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.02.004.
- Baxter, S./ Johnson, M./ Payne, N./ Buckley-Woods, H./ Blank, L./ Hock, E., . . . Goyder, E. 2016. "Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age." *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 13:12-12. doi: 10.1186/s12966-016-0336-3.
- Bayly, M./ Scollo, M.M./ Wakefield, M.A. 2018. "Who uses rollies? Trends in product offerings, price and use of roll-your-own tobacco in Australia." *Tobacco Control*. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054334.
- Beacom, A.M./ Newman, S.J. 2010. "Communicating health information to disadvantaged populations." *Family & Community Health* 33 (2):152-62. doi: 10.1097/FCH.0b013e3181d59344.
- Beck, L./ Fuchs, S./ Thoma, M./ Althaus, E./ Schmidt, M./ Glaser, M. 2018. Nationales Programm gegen Armut. Angebote der Wohnhilfe für sozial benachteiligte Haushalte. Eine Hilfestellung für Kantone, Städte und Gemeinden, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Becker, J./ Haug, S./ Sullivan, R./ Schaub, M.P. 2014. "Effectiveness of different Web-based interventions to prepare co-smokers of cigarettes and cannabis for double cessation: a three-arm randomized controlled trial." *Journal of Medical Internet Research* 16 (12):e273. doi: 10.2196/jmir.3246.
- Behbod, B./ Sharma, M./ Baxi, R./ Roseby, R./ Webster, P. 2018. "Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:Cd001746. doi: 10.1002/14651858.CD001746.pub4.
- Belsky, J./ Melhuish, E./ Barnes, J./ Leyland, A.H./ Romaniuk, H./ National Evaluation of Sure Start Research, T. 2006. "Effects of Sure Start local programmes on children and families: early findings from a quasi-experimental, cross sectional study." *BMJ : British Medical Journal* 332 (7556):1476-1476. doi: 10.1136/bmj.38853.451748.2F.
- Bennett, G.G./ Steinberg, D.M./ Stoute, C./ Lanpher, M./ Lane, I./ Askew, S., . . . Baskin, M.L. 2014. "Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: a systematic review." *Obesity Reviews* 15 Suppl 4:146-158. doi: 10.1111/obr.12218.
- Berger, I./ Mooney-Somers, J. 2017. "Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review." *Nicotine & Tobacco Research* 19 (12):1408-1417. doi: 10.1093/ntr/ntw216.
- Biddle, S.J./ Asare, M. 2011. "Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews." *British Journal of Sports Medicine* 45 (11):886-95. doi: 10.1136/bjsports-2011-090185.
- Blaser, J./ Cornuz, J. 2015. "Experts' consensus on use of electronic cigarettes: a Delphi survey from Switzerland." *BMJ Open* 5 (4):e007197. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007197.
- Blaser, M./ Amstad, F.T. 2016. Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bonell, C./ Dickson, K./ Hinds, K./ Melendez-Torres, G.J./ Stansfield, C./ Fletcher, A., . . . Campbell, R. 2016. "The effects of Positive Youth Development interventions on substance use, violence and inequalities: systematic review of theories of change, processes and outcomes." In *Public Health Research*. Southampton (UK): NIHR Journals Library.
- Bottorff, J.L./ Seaton, C.L./ Johnson, S.T./ Caperchione, C.M./ Oliffe, J.L./ More, K., . . . Tillotson, S.M. 2015. "An Updated Review of Interventions that Include Promotion of Physical Activity for Adult Men." *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)* 45 (6):775-800. doi: 10.1007/s40279-014-0286-3.
- Brody, G.H./ Chen, Y.F./ Kogan, S.M./ Yu, T./ Molgaard, V.K./ DiClemente, R.J./ Wingood, G.M. 2012. "Family-centered program deters substance use,

- conduct problems, and depressive symptoms in black adolescents." *Pediatrics* 129 (1):108-15. doi: 10.1542/peds.2011-0623.
- Brose, L.S./ McEwen, A./ Michie, S./ West, R./ Chew, X.Y./ Lorencatto, F. 2015. "Treatment manuals, training and successful provision of stop smoking behavioural support." *Behaviour Research and Therapy* 71:34-9. doi: 10.1016/j.brat.2015.05.013.
- Brown-Iannuzzi, J.L./ Adair, K.C./ Payne, B.K./ Richman, L.S./ Fredrickson, B.L. 2014. "Discrimination hurts, but mindfulness may help: Trait mindfulness moderates the relationship between perceived discrimination and depressive symptoms." *Personality and Individual Differences* 56. doi: 10.1016/j.paid.2013.09.015.
- Brown, J./ Michie, S./ Geraghty, A.W./ Yardley, L./ Gardner, B./ Shahab, L., . . . West, R. 2014. "Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial." *The Lancet. Respiratory Medicine* 2 (12):997-1006. doi: 10.1016/s2213-2600(14)70195-x.
- Brown, L.D./ Feinberg, M./ Kan, M.L. 2012. "Predicting engagement in a transition to parenthood program for couples." *Evaluation and Program Planning* 35 (1):1-8. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2011.05.001.
- Brown, T.J./ Todd, A./ O'Malley, C.L./ Moore, H.J./ Husband, A.K./ Bamba, C., . . . Summerbell, C.D. 2016. "Community pharmacy interventions for public health priorities: a systematic review of community pharmacy-delivered smoking, alcohol and weight management interventions " In *Public Health Research*. Southampton (UK): NIHR Journals Library.
- Brown, W.J./ Mummery, K./ Eakin, E./ Schofield, G. 2006. "10,000 Steps Rockhampton: evaluation of a whole community approach to improving population levels of physical activity." *Journal of Physical Activity and Health* 3 (1):1-14.
- Bryan, A./ Mayock, P. 2017. "Supporting LGBT Lives? Complicating the suicide consensus in LGBT mental health research." *Sexualities* 20 (1-2):65-85.
- Bryant, J./ Bonevski, B./ Paul, C./ McElduff, P./ Attia, J. 2011. "A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups." *Addiction* 106 (9):1568-85. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x.
- Bull, E.R./ Dombrowski, S.U./ McCleary, N./ Johnston, M. 2014. "Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis." *BMJ Open* 4 (11):e006046. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006046.
- Burgi, F./ Niederer, I./ Schindler, C./ Bodenmann, P./ Marques-Vidal, P./ Kriemler, S./ Puder, J.J. 2012. "Effect of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in socially disadvantaged subgroups of preschoolers: a cluster-randomized trial (Ballabeina)." *Preventive Medicine* 54 (5):335-40. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.02.007.
- BZgA. 2009. Gesundheitsförderung konkret, Band 10. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention - Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. In *Gesundheitsförderung konkret*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- Cairns, J.-M./ Bamba, C./ Hillier-Brown, F.C./ Moore, H.J./ Summerbell, C.D. 2015. "Weighing up the evidence: a systematic review of the effectiveness of workplace interventions to tackle socio-economic inequalities in obesity." *Journal of Public Health (Oxford, England)* 37 (4):659-670. doi: 10.1093/pubmed/fdu077.
- Canevascini, M./ Kuendig, H./ Perrin, H./ Véron, C. 2015. Projekt zur Beobachtung der Marketingstrategien für Tabakprodukte in der französischen Schweiz 2013-2014. Lausanne.
- Canton de Vaud. 2015. Diversité de genre et d'orientation sexuelle (DIGOS). Memento à l'usage des intervenant-e-s de l'école. Département de la santé et de l'action

- sociale, Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC), Canton de Vaud.
- Capodaglio, P./ Capodaglio Edda, M./ Facioli, M./ Saibene, F. 2007. "Long-term strength training for community-dwelling people over 75: impact on muscle function, functional ability and life style." *Eur J Appl Physiol* 100 (5):535-42. doi: 10.1007/s00421-006-0195-8.
- Carr, A.B./ Ebbert, J. 2012. "Interventions for tobacco cessation in the dental setting." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6):Cd005084. doi: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
- Carraway, M.E./ Lutes, L.D./ Crawford, Y./ Pratt, K.J./ McMillan, A.G./ Scripture, L.G., . . . Collier, D.N. 2014. "Camp-based immersion treatment for obese, low socioeconomic status, multi-ethnic adolescents." *Childhood Obesity* 10 (2):122-31. doi: 10.1089/chi.2013.0111.
- Carson, K.V./ Brinn, M.P./ Peters, M./ Veale, A./ Esterman, A.J./ Smith, B.J. 2012. "Interventions for smoking cessation in Indigenous populations." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:Cd009046. doi: 10.1002/14651858.CD009046.pub2.
- Chamberlain, C./ O'Mara-Eves, A./ Oliver, S./ Caird, J.R./ Perlen, S.M./ Eades, S.J./ Thomas, J. 2013. "Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10):Cd001055. doi: 10.1002/14651858.CD001055.pub4.
- Chamberlain, C./ O'Mara-Eves, A./ Porter, J./ Coleman, T./ Perlen, S.M./ Thomas, J./ McKenzie, J.E. 2017. "Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2:Cd001055. doi: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.
- Chen, D./ Wu, L.T. 2015. "Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis." *Drug and Alcohol Dependence* 154:14-24. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.004.
- Chen, Y.F./ Madan, J./ Welton, N./ Yahaya, I./ Aveyard, P./ Bauld, L., . . . Munafo, M.R. 2012. "Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis." *Health Technology Assessment* 16 (38):1-205, iii-v. doi: 10.3310/hta16380.
- Choi, K./ Hennrikus, D./ Forster, J./ St Claire, A.W. 2012. "Use of price-minimizing strategies by smokers and their effects on subsequent smoking behaviors." *Nicotine & Tobacco Research* 14 (7):864-70. doi: 10.1093/ntr/ntr300.
- Christakis, N.A./ Fowler, J.H. 2008. "The collective dynamics of smoking in a large social network." *The New England Journal of Medicine* 358 (21):2249-58. doi: 10.1056/NEJMsa0706154.
- Civljak, M./ Stead, L.F./ Hartmann-Boyce, J./ Sheikh, A./ Car, J. 2013. "Internet-based interventions for smoking cessation." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7):Cd007078. doi: 10.1002/14651858.CD007078.pub4.
- Cleland, V./ Granados, A./ Crawford, D./ Winzenberg, T./ Ball, K. 2013. "Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis." *Obesity Reviews* 14 (3):197-212. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01058.x.
- Coleman, T./ Chamberlain, C./ Davey, M.A./ Cooper, S.E./ Leonardi-Bee, J. 2012. "Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9).
- Collin, P.J./ Metcalf, A.T./ Stephens-Reicher, J.C./ Blanchard, M.E./ Herrman, H.E./ Rahilly, K./ Burns, J.M. 2011. "ReachOut.com: The role of an online service for promoting help-seeking in young people." *Advances in Mental Health* 10 (1):39-51. doi: 10.5172/jamh.2011.10.1.39.
- Cornuz, J./ Jacot Sadowski, I./ Humair, J.-P. 2015. Ärztliche Rauchstoppberatung. Die Dokumentation für die Praxis. Projekt FREI VON TABAK, Nationales Rauchstopp-Programm Bern.
- Craig, S.L./ Austin, A. 2016. "The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual

- and gender minority youth." *Children and Youth Services Review* 64:136-144.
- Craike, M./ Wiesner, G./ Hilland, T.A./ Bengoechea, E.G. 2018. "Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review." *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 15 (1):43-43. doi: 10.1186/s12966-018-0676-2.
- Crenshaw, K. 1991. "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color." *Stanford Law Review* 43 (6):1241-1299.
- Curry, S.J./ Mermelstein, R.J./ Emery, S.L./ Sporer, A.K./ Berbaum, M.L./ Campbell, R.T., . . . Warnecke, R.B. 2013. "A national evaluation of community-based youth cessation programs: end of program and twelve-month outcomes." *American Journal of Community Psychology* 51 (1-2):15-29. doi: 10.1007/s10464-012-9496-8.
- De Jong, C.A./ Goodair, C./ Crome, I./ Jokubonis, D./ El-Guebaly, N./ Dom, G., . . . Schoof, T. 2016. "Substance Misuse Education for Physicians: Why Older People are Important." *The Yale Journal of Biology and Medicine* 89 (1):97-103.
- Dellenbach, M./ Angst, S. 2011. Förderung der psychischen Gesundheit im Alter - Bericht. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- Demissie, Z./ Brener, N.D./ McManus, T./ Shanklin, S./ Hawkins, J./ Kann, L. 2013. "School health profiles 2012: characteristics of health programs among secondary schools."
- Dickson-Spillmann, M./ Sullivan, R./ Zahno, B./ Schaub, M.P. 2014. "Queer quit: a pilot study of a smoking cessation programme tailored to gay men." *BMC Public Health* 14:126. doi: 10.1186/1471-2458-14-126.
- DiGiacomo, M./ Davidson, P.M./ Abbott, P.A./ Davison, J./ Moore, L./ Thompson, S.C. 2011. "Smoking cessation in indigenous populations of Australia, New Zealand, Canada, and the United States: elements of effective interventions." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8 (2):388-410. doi: 10.3390/ijerph8020388.
- Domenig, D. 2007. *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Domenig, D./ Cattacin, S. 2015. *Gerechte Gesundheit. Grundlagen - Analysen - Management*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Dray, J./ Bowman, J./ Campbell, E./ Freund, M./ Wolfenden, L./ Hodder, R.K., . . . Wiggers, J. 2017. "Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 56 (10):813-824. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.780.
- Dubin, S.N./ Nolan, I.T./ Streed, C.G., Jr./ Greene, R.E./ Radix, A.E./ Morrison, S.D. 2018. "Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness." *Advances in Medical Education and Practice* 9:377-391. doi: 10.2147/AMEP.S147183.
- Dunn, K.E./ Saulsgiver, K.A./ Sigmon, S.C. 2011. "Contingency management for behavior change: applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients." *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 19 (1):20-30. doi: 10.1037/a0022039.
- 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):405-32. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x.
- Eaton, C.B./ Lapane, K.L./ Garber, C.E./ Gans, K.M./ Lasater, T.M./ Carleton, R.A. 1999. "Effects of a community-based intervention on physical activity: the Pawtucket Heart Health Program." *American Journal of Public Health* 89 (11):1741-4.
- Eime, R.M./ Young, J.A./ Harvey, J.T./ Charity, M.J./ Payne, W.R. 2013. "A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for

- children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport." *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 10:98. doi: 10.1186/1479-5868-10-98.
- Eliason, M.J./ Dibble, S.L./ Gordon, R./ Soliz, G.B. 2012. "The last drag: an evaluation of an LGBT-specific smoking intervention." *Journal of Homosexuality* 59 (6):864-78. doi: 10.1080/00918369.2012.694770.
- Elliott, I. 2016. "Poverty and mental health: a review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy." *London: Mental Health Foundation*.
- Enns, J./ Holmqvist, M./ Wener, P./ Halas, G./ Rothney, J./ Schultz, A., . . . Katz, A. 2016. "Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews." *Preventive Medicine* 87:70-80. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.02.022.
- Ernst, M.-L./ Kuntsche, S. 2012. Bericht zum Stand der familienbezogenen Suchtprävention. Lausanne: Sucht Schweiz. edited by Sucht Schweiz. Lausanne.
- Etter, J.F./ Ritter, C./ Christie, D.H./ Kunz, M./ Rieder, J.P./ Humair, J.P., . . . Elger, B. 2012. "Implementation and impact of anti-smoking interventions in three prisons in the absence of appropriate legislation." *Preventive Medicine* 55 (5):475-81. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.08.010.
- Evans, C.E.L./ Albar, S.A./ Vargas-Garcia, E.J./ Xu, F. 2015. "School-Based Interventions to Reduce Obesity Risk in Children in High- and Middle-Income Countries." *Advances in Food and Nutrition Research* 76:29-77. doi: 10.1016/bs.afnr.2015.07.003.
- Everson-Hock, E.S./ Johnson, M./ Jones, R./ Woods, H.B./ Goyder, E./ Payne, N./ Chilcott, J. 2013. "Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review." *Preventive Medicine* 56 (5):265-72. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.02.023.
- Ewart-Pierce, E./ Mejia Ruiz, M.J./ Gittelsohn, J. 2016. "'Whole-of-Community' Obesity Prevention: A Review of Challenges and Opportunities in Multilevel, Multicomponent Interventions." *Current Obesity Reports* 5 (3):361-374. doi: 10.1007/s13679-016-0226-7.
- Fogel, S.C./ McElroy, J.A./ Garbers, S./ McDonnell, C./ Brooks, J./ Eliason, M.J., . . . Haynes, S.G. 2016. "Program Design for Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women: A Ten-City Prevention Initiative." *Womens Health Issues* 26 Suppl 1:S7-s17. doi: 10.1016/j.whi.2015.10.005.
- Ford, P./ Clifford, A./ Gussy, K./ Gartner, C. 2013. "A systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10 (11):5507-22. doi: 10.3390/ijerph10115507.
- Forsman, A.K./ Nordmyr, J./ Wahlbeck, K. 2011. "Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults." *Health Promotion International* 26 Suppl 1:i85-107. doi: 10.1093/heapro/dar074.
- Franklin, C./ Kim, J.S./ Beretvas, T.S./ Zhang, A./ Guz, S./ Park, S., . . . Maynard, B.R. 2017. "The Effectiveness of Psychosocial Interventions Delivered by Teachers in Schools: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Clinical Child and Family Psychology Review* 20 (3):333-350. doi: 10.1007/s10567-017-0235-4.
- Fu, S.S./ van Ryn, M./ Nelson, D./ Burgess, D.J./ Thomas, J.L./ Saul, J., . . . Joseph, A.M. 2016. "Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial." *Thorax* 71 (5):446-53. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-207904.
- Gesundheitsförderung Schweiz. 2017. Faktenblatt 19. Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention. Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Ginossar, T./ Nelson, S. 2010. "Reducing the health and digital divides: a model for using community-based participatory research approach to e-health

- interventions in low-income Hispanic communities." *Journal of Computer-Mediated Communication* 15 (4):530-551.
- Gittelsohn, J./ Trude, A. 2017. "Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings." *Nutrition Reviews* 75 (suppl 1):62-69. doi: 10.1093/nutrit/nuw038.
- GLSEN. 2007. *Gay-straight alliances: Creating safer schools for LGBT students and their allies*. In *GLSEN Research Brief*. New York: Gay, Lesbian and Straight Education Network.
- Goldbach, J.T./ Rhoades, H./ Green, D./ Fulginiti, A./ Marshal, M.P. 2018. "Is There a Need for LGBT-Specific Suicide Crisis Services?" *Crisis*:1-6. doi: 10.1027/0227-5910/a000542.
- Gonzales, N.A./ Dumka, L.E./ Millsap, R.E./ Gottschall, A./ McClain, D.B./ Wong, J.J., . . . Kim, S.Y. 2012. "Randomized trial of a broad preventive intervention for Mexican American adolescents." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80 (1):1-16. doi: 10.1037/a0026063.
- Gortmaker, S.L./ Cheung, L.W./ Peterson, K.E./ Chomitz, G./ Cradle, J.H./ Dart, H., . . . Laird, N. 1999. "Impact of a school-based interdisciplinary intervention on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving." *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 153 (9):975-83.
- Gould, G.S./ Lim, L.L./ Mattes, J. 2017. "Prevention and Treatment of Smoking and Tobacco Use During Pregnancy in Selected Indigenous Communities in High-Income Countries of the United States, Canada, Australia, and New Zealand: An Evidence-Based Review." *Chest* 152 (4):853-866. doi: 10.1016/j.chest.2017.06.033.
- Graham, J.R./ West, L.M./ Roemer, L. 2013. "The experience of racism and anxiety symptoms in an African-American sample: Moderating effects of trait mindfulness." *Mindfulness* 4 (4):332-341.
- Gross, D./ Fogg, L./ Webster-Stratton, C./ Garvey, C./ Julion, W./ Grady, J. 2003. "Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2):261-78.
- Guignard, R./ Nguyen-Thanh, V./ Delmer, O./ Lenormand, M.C./ Blanchoz, J.M./ Arwidson, P. 2018. "Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature." *Sante Publique* 30 (1):45-60. doi: 10.3917/spub.181.0045.
- Guillaumier, A./ Bonevski, B./ Paul, C. 2012. "Anti-tobacco mass media and socially disadvantaged groups: a systematic and methodological review." *Drug and Alcohol Review* 31 (5):698-708. doi: 10.1111/j.1465-3362.2012.00466.x.
- Guruge, S./ Wang, A.Z.Y./ Jayasuriya-Illesinghe, V./ Sidani, S. 2017. "Knowing so much, yet knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context." *Psychology, Health & Medicine* 22 (5):507-523. doi: 10.1080/13548506.2016.1191655.
- Haas, J.S./ Linder, J.A./ Park, E.R./ Gonzalez, I./ Rigotti, N.A./ Klinger, E.V., . . . Williams, D.R. 2015. "Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial." *JAMA Internal Medicine* 175 (2):218-26. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.6674.
- Hajek, P./ Stead, L.F./ West, R./ Jarvis, M./ Hartmann-Boyce, J./ Lancaster, T. 2013. "Relapse prevention interventions for smoking cessation." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8):Cd003999. doi: 10.1002/14651858.CD003999.pub4.
- Halfon, N./ Inkelas, M./ Hochstein, M. 2000. "The health development organization: an organizational approach to achieving child health development." *Milbank Quarterly* 78 (3):447-97, 341.
- Hall, A.K./ Cole-Lewis, H./ Bernhardt, J.M. 2015. "Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews." *Annual Review of Public Health* 36:393-415. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031914-122855.
- Hall, W./ Gartner, C./ Forlini, C. 2015. "Ethical issues raised by a ban on the sale of electronic nicotine devices." *Addiction* 110 (7):1061-7. doi: 10.1111/add.12898.

- Hamilton, F.L./ Laverty, A.A./ Huckvale, K./ Car, J./ Majeed, A./ Millett, C. 2016. "Financial Incentives and Inequalities in Smoking Cessation Interventions in Primary Care: Before-and-After Study." *Nicotine & Tobacco Research* 18 (3):341-50. doi: 10.1093/ntr/ntv107.
- Hammond, D./ Thrasher, J./ Reid, J.L./ Driezen, P./ Boudreau, C./ Santillan, E.A. 2012. "Perceived effectiveness of pictorial health warnings among Mexican youth and adults: a population-level intervention with potential to reduce tobacco-related inequities." *Cancer Causes Control* 23 Suppl 1:57-67. doi: 10.1007/s10552-012-9902-4.
- Harris, T./ Kerry, S.M./ Victor, C.R./ Ekelund, U./ Woodcock, A./ Iliffe, S., . . . Cook, D.G. 2015. "A primary care nurse-delivered walking intervention in older adults: PACE (pedometer accelerometer consultation evaluation)-Lift cluster randomised controlled trial." *PLoS Med* 12 (2):e1001783. doi: 10.1371/journal.pmed.1001783.
- Hartmann-Boyce, J./ Jebb, S.A./ Fletcher, B.R./ Aveyard, P. 2015. "Self-help for weight loss in overweight and obese adults: systematic review and meta-analysis." *American Journal of Public Health* 105 (3):e43-57. doi: 10.2105/ajph.2014.302389.
- Harvey, J.R./ Ogden, D.E. 2014. "Obesity treatment in disadvantaged population groups: where do we stand and what can we do?" *Preventive Medicine* 68:71-75. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.05.015.
- Hatzenbuehler, M.L. 2016. "Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science." *The American Psychologist* 71 (8):742-751. doi: 10.1037/amp0000068.
- Hatzenbuehler, M.L./ Birkett, M./ Van Wagenen, A./ Meyer, I.H. 2014. "Protective school climates and reduced risk for suicide ideation in sexual minority youths." *American Journal of Public Health* 104 (2):279-86. doi: 10.2105/ajph.2013.301508.
- Hatzenbuehler, M.L./ Keyes, K.M. 2013. "Inclusive Anti-Bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts in Lesbian and Gay Youth." *The Journal of Adolescent Health* 53 (1 0):S21-S26. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.08.010.
- Hatzenbuehler, M.L./ Keyes, K.M./ Hasin, D.S. 2009. "State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations." *American Journal of Public Health* 99 (12):2275-81. doi: 10.2105/ajph.2008.153510.
- Hatzenbuehler, M.L./ Wieringa, N.F./ Keyes, K.M. 2011. "Community-level determinants of tobacco use disparities in lesbian, gay, and bisexual youth: results from a population-based study." *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 165 (6):527-32. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.64.
- Hawkins, J.D./ Brown, E.C./ Oesterle, S./ Arthur, M.W./ Abbott, R.D./ Catalano, R.F. 2008. "Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use." *Journal of Adolescent Health* 43 (1):15-22. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.01.022.
- Hawkins, J.D./ Kosterman, R./ Catalano, R.F./ Hill, K.G./ Abbott, R.D. 2005. "Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project." *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 159 (1):25-31. doi: 10.1001/archpedi.159.1.25.
- Heck, N.C./ Mirabito, L.A./ LeMaire, K./ Livingston, N.A./ Flentje, A. 2017. "Omitted data in randomized controlled trials for anxiety and depression: A systematic review of the inclusion of sexual orientation and gender identity." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85 (1):72-76. doi: 10.1037/ccp0000123.
- Herbec, A./ Brown, J./ Tombor, I./ Michie, S./ West, R. 2014. "Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers ('MumsQuit')." *Drug and Alcohol Dependence* 140:130-6. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.04.010.
- Hermann, M. 2013. Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme von Projekten,

- Massnahmen und Arbeitsmethoden. Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Migration und Gesundheit.
- Hill, S./ Amos, A./ Clifford, D./ Platt, S. 2014. "Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence." *Tobacco Control* 23 (e2):e89-97. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051110.
- Hillier-Brown, F.C./ Bambra, C.L./ Cairns, J.-M./ Kasim, A./ Moore, H.J./ Summerbell, C.D. 2014. "A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children." *BMC Public Health* 14:834-834. doi: 10.1186/1471-2458-14-834.
- Hiscock, R./ Bauld, L./ Amos, A./ Fidler, J.A./ Munafo, M. 2012. "Socioeconomic status and smoking: a review." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1248:107-23. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x.
- Hiscock, R./ Murray, S./ Brose, L.S./ McEwen, A./ Bee, J.L./ Dobbie, F./ Bauld, L. 2013. "Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers." *Addictive Behaviors* 38 (11):2787-96. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.07.010.
- Hollands, G.J./ McDermott, M.S./ Lindson-Hawley, N./ Vogt, F./ Farley, A./ Aveyard, P. 2015. "Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2):Cd009164. doi: 10.1002/14651858.CD009164.pub2.
- Ingraham, N./ Harbatkin, D./ Lorvick, J./ Plumb, M./ Minnis, A.M. 2017. "Women's Health and Mindfulness (WHAM): A Randomized Intervention Among Older Lesbian/Bisexual Women." *Health Promot Pract* 18 (3):348-357. doi: 10.1177/1524839916670874.
- Jha, P./ Peto, R. 2014. "Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco." *The New England Journal of Medicine* 370 (1):60-8. doi: 10.1056/NEJMra1308383.
- Johnson, S. 2017. "Social interventions in mental health: a call to action." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52 (3):245-247. doi: 10.1007/s00127-017-1360-6.
- Joseph, R.P./ Maddock, J.E. 2016. "Observational Park-based physical activity studies: A systematic review of the literature." *Preventive Medicine* 89:257-277. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.06.016.
- Kalavainen, M.P./ Korppi, M.O./ Nuutinen, O.M. 2007. "Clinical efficacy of group-based treatment for childhood obesity compared with routinely given individual counseling." *International Journal of Obesity* 31 (10):1500-8. doi: 10.1038/sj.ijo.0803628.
- Kaushal, N./ Rhodes, R.E. 2014. "The home physical environment and its relationship with physical activity and sedentary behavior: a systematic review." *Preventive Medicine* 67:221-37. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.07.026.
- Kaya, B. 2014. Migration et information sur la santé: revue de littérature. Berne: Croix-Rouge suisse.
- Kaya, B. 2018a. Campagne SmokeFree dans les médias des collectivités migrantes. Evaluation du projet pilote 2017. Wabern: Croix-Rouge suisse.
- Kaya, B. 2018b. Compétences en matière de santé. Relation patient - professionnel de santé et accès à l'information relative à la santé. Etude soutenue par l'Office fédéral de la santé publique OFSP. Wabern: Croix-Rouge suisse..
- Kessler, C./ Bürgi, F. 2016. Via - Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter. Leitfaden: „Wie erreichen wir Männer 65+ ?». Gesammelte Erfahrungen für Fachleute auf der Umsetzungsebene. PHS Public Health Services GmbH für Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kessler, D./ Salis Gross, C./ Koller, S./ Haug, S. 2012. Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.

- Kim, B.K./ Gloppen, K.M./ Rhew, I.C./ Oesterle, S./ Hawkins, J.D. 2015. "Effects of the communities that care prevention system on youth reports of protective factors." *Preventive Science* 16 (5):652-62. doi: 10.1007/s11121-014-0524-9.
- King, K.E./ Schlichthorst, M./ Spittal, M.J./ Phelps, A./ Pirkis, J. 2018. "Can a documentary increase help-seeking intentions in men? A randomised controlled trial." *Journal of Epidemiology and Community Health* 72 (1):92-98. doi: 10.1136/jech-2017-209502.
- Klingbeil, D.A./ Renshaw, T.L./ Willenbrink, J.B./ Copek, R.A./ Chan, K.T./ Haddock, A., ... Clifton, J. 2017. "Mindfulness-based interventions with youth: A comprehensive meta-analysis of group-design studies." *Journal of School Psychology* 63:77-103. doi: 10.1016/j.jsp.2017.03.006.
- Komro, K.A./ Tobler, A.L./ Delisle, A.L./ O'Mara, R.J./ Wagenaar, A.C. 2013. "Beyond the clinic: improving child health through evidence-based community development." *BMC Pediatrics* 13:172-172. doi: 10.1186/1471-2431-13-172.
- König, M./ Galgano, L. 2013. Diversität in der Suchtarbeit - Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Allgemeiner Teil. Bern: INFODROG Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht.
- Kornet-van der Aa, D.A./ Altenburg, T.M./ van Randeraad-van der Zee, C.H./ Chinapaw, M.J.M. 2017. "The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review." *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 18 (5):581-593. doi: 10.1111/obr.12519.
- Laws, R./ Campbell, K.J./ van der Pligt, P./ Russell, G./ Ball, K./ Lynch, J., ... Denney-Wilson, E. 2014. "The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0-5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review." *BMC Public Health* 14 (1):779-779. doi: 10.1186/1471-2458-14-779.
- Lehne, G./ Bolte, G. 2017. "Impact of universal interventions on social inequalities in physical activity among older adults: an equity-focused systematic review." *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 14 (1):20. doi: 10.1186/s12966-017-0472-4.
- Leijten, P./ Raaijmakers, M.A./ de Castro, B.O./ Matthys, W. 2013. "Does socioeconomic status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior." *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 42 (3):384-92. doi: 10.1080/15374416.2013.769169.
- Levinson, A.H./ Hood, N./ Mahajan, R./ Russ, R. 2012. "Smoking cessation treatment preferences, intentions, and behaviors among a large sample of Colorado gay, lesbian, bisexual, and transgendered smokers." *Nicotine & Tobacco Research* 14 (8):910-8. doi: 10.1093/ntr/ntr303.
- Lifson, A.R./ Lando, H.A. 2012. "Smoking and HIV: prevalence, health risks, and cessation strategies." *Current HIV/AIDS Reports* 9 (3):223-30. doi: 10.1007/s11904-012-0121-0.
- Lood, Q./ Haggblom-Kronlof, G./ Dahlin-Ivanoff, S. 2015. "Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis." *BMC health services research* 15:560-560. doi: 10.1186/s12913-015-1222-4.
- Lubans, D.R./ Morgan, P.J./ Aguiar, E.J./ Callister, R. 2011. "Randomized controlled trial of the Physical Activity Leaders (PALs) program for adolescent boys from disadvantaged secondary schools." *Preventive Medicine* 52 (3-4):239-46. doi: 10.1016/j.ypmed.2011.01.009.
- Luchenski, S./ Maguire, N./ Aldridge, R.W./ Hayward, A./ Story, A./ Perri, P., ... Hewett, N. 2017. "What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations." *Lancet (London, England)*. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31959-1.
- Lupton, B.S./ Fonnebo, V./ Sogaard, A.J. 2003. "The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an

- Arctic village in crisis?" *Scandinavian Journal of Public Health* 31 (3):178-86. doi: 10.1080/14034940210134077.
- MacDonell, K.W./ Prinz, R.J. 2017. "A Review of Technology-Based Youth and Family-Focused Interventions." *Clinical Child and Family Psychology Review* 20 (2):185-200. doi: 10.1007/s10567-016-0218-x.
- Maier, L.J./ Salis Gross, C. 2015. Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesebericht der Expertengruppe. Finanziert durch den Schweizer Tabakpräventionsfonds und das Bundesamt für Gesundheit (Sektion Tabak). Zürich: ISGF.
- Mantzari, E./ Vogt, F./ Shemilt, I./ Wei, Y./ Higgins, J./ Marteau, T. 2015. "Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: A systematic review and meta-analysis." *Preventive Medicine* 75:75-85. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.03.001.
- Marcano Belisario, J.S./ Bruggeling, M.N./ Gunn, L.H./ Brusamento, S./ Car, J. 2012. "Interventions for recruiting smokers into cessation programmes." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12:Cd009187. doi: 10.1002/14651858.CD009187.pub2.
- Marchand, E./ Ng, J./ Rohde, P./ Stice, E. 2010. "Effects of an indicated cognitive-behavioral depression prevention program are similar for Asian American, Latino, and European American adolescents." *Behavior Research and Therapy* 48 (8):821-5. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.005.
- Marcus, B.H./ Hartman, S.J./ Larsen, B.A./ Pekmezi, D./ Dunsiger, S.I./ Linke, S., . . . Rojas, C. 2016. "Pasos Hacia La Salud: a randomized controlled trial of an internet-delivered physical activity intervention for Latinas." *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 13:62. doi: 10.1186/s12966-016-0385-7.
- Marmot, M./ Allen, J./ Goldblatt, P./ Boyce, T./ McNeish, D./ Grady, M. 2010. Fair society, healthy lives: The Marmot Review-Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review. Online-Ausgabe.
- Marshall, A. 2016. "Suicide Prevention Interventions for Sexual & Gender Minority Youth: An Unmet Need." *Yale Journal of Biology and Medicine* 89 (2):205-13.
- Marshall, D. 2010. "Popular culture, the 'victim'trope and queer youth analytics." *International Journal of Qualitative Studies in Education* 23 (1):65-85.
- Marti, M./ de Buman, A./ Walther, U./ Steinmann, S./ Büchler, S. 2018. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Evaluation Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut. Forschungsbericht Nr. 4/18, Bundesamt für Sozialversicherungen. edited by Bundesamt für Sozialversicherungen - BSV.
- McDaniel, A.M./ Casper, G.R./ Hutchison, S.K./ Stratton, R.M. 2005. "Design and testing of an interactive smoking cessation intervention for inner-city women." *Health Education Research* 20 (3):379-84. doi: 10.1093/her/cyg135.
- McElroy, J.A./ Haynes, S.G./ Eliason, M.J./ Wood, S.F./ Gilbert, T./ Barker, L.T./ Minnis, A.M. 2016. "Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women Aged 40 and Older: An Effective Intervention in 10 Cities Using Tailored Approaches." *Womens Health Issues* 26 Suppl 1:S18-35. doi: 10.1016/j.whi.2016.05.002.
- Mead, E.L./ Cohen, J.E./ Kennedy, C.E./ Gallo, J./ Latkin, C.A. 2015. "The role of theory-driven graphic warning labels in motivation to quit: a qualitative study on perceptions from low-income, urban smokers." *BMC Public Health* 15:92. doi: 10.1186/s12889-015-1438-6.
- Meier Magistretti, C./ Walter-Laager, C. 2016. Nationales Programm gegen Armut. Leitfaden Kriterien wirksamer Praxis in der frühen Förderung. Evidenzbasierte Gestaltung von Angeboten der frühen Förderung mit einem speziellen Fokus auf Kinder aus sozial benachteiligten Familien, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Melhuish, E./ Belsky, J./ Leyland, A.H./ Barnes, J. 2008. "Effects of fully-established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study." *The Lancet* 372 (9650):1641-1647. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61687-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61687-6).

- Mendoza-Vasconez, A.S./ Linke, S./ Munoz, M./ Pekmezi, D./ Ainsworth, C./ Cano, M., . . . Larsen, B.A. 2016. "Promoting Physical Activity among Underserved Populations." *Current sports medicine reports* 15 (4):290-297. doi: 10.1249/JSR.0000000000000276.
- Miller, C.L./ Sedivy, V. 2009. "Using a quitline plus low-cost nicotine replacement therapy to help disadvantaged smokers to quit." *Tobacco Control* 18 (2):144-9. doi: 10.1136/tc.2008.026492.
- Miller, M.E./ Sigmon, S.C. 2015. "Are Pharmacotherapies Ineffective in Opioid-Dependent Smokers? Reflections on the Scientific Literature and Future Directions." *Nicotine & Tobacco Research* 17 (8):955-9. doi: 10.1093/ntr/ntv030.
- Mitchell, R.J./ Richardson, E.A./ Shortt, N.K./ Pearce, J.R. 2015. "Neighborhood Environments and Socioeconomic Inequalities in Mental Well-Being." *American Journal of Preventive Medicine* 49 (1):80-4. doi: 10.1016/j.amepre.2015.01.017.
- Mizock, L. 2017. "Transgender and Gender Diverse Clients with Mental Disorders: Treatment Issues and Challenges." *The Psychiatric Clinics of North America* 40 (1):29-39. doi: 10.1016/j.psc.2016.10.008.
- Moore, G.F./ Littlecott, H.J./ Turley, R./ Waters, E./ Murphy, S. 2015. "Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies." *BMC Public Health* 15:907. doi: 10.1186/s12889-015-2244-x.
- Morrison, J./ Pikhart, H./ Ruiz, M./ Goldblatt, P. 2014. "Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development." *BMC Public Health* 14:1040-1040. doi: 10.1186/1471-2458-14-1040.
- Mosdol, A./ Lidal, I.B./ Straumann, G.H./ Vist, G.E. 2017. "Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2:CD011683-CD011683. doi: 10.1002/14651858.CD011683.pub2.
- Muckelbauer, R./ Libuda, L./ Clausen, K./ Toschke, A.M./ Reinehr, T./ Kersting, M. 2009. "Promotion and provision of drinking water in schools for overweight prevention: randomized, controlled cluster trial." *Pediatrics* 123 (4):e661-7. doi: 10.1542/peds.2008-2186.
- Muellmann, S./ Forberger, S./ Mollers, T./ Broring, E./ Zeeb, H./ Pischke, C.R. 2018. "Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review." *Preventive Medicine* 108:93-110. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.12.026.
- Nagelhout, G.E./ Hummel, K./ Willemsen, M.C./ Siahpush, M./ Kunst, A.E./ de Vries, H., . . . van den Putte, B. 2014. "Are there income differences in the impact of a national reimbursement policy for smoking cessation treatment and accompanying media attention? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey." *Drug and Alcohol Dependence* 140:183-90. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.04.012.
- National LGBT Health Education Center. 2018. Addressing Eating Disorders, Body Dissatisfaction, and Obesity Among Sexual and Gender Minority Youth. National LGBT Health Education Center. A Program of the Fenway Institute.
- Neff, L.J./ Patel, D./ Davis, K./ Ridgeway, W./ Shafer, P./ Cox, S. 2016. "Evaluation of the National Tips From Former Smokers Campaign: the 2014 Longitudinal Cohort." *Preventing Chronic Disease* 13:E42. doi: 10.5888/pcd13.150556.
- Newton, R.L., Jr./ Griffith, D.M./ Kearney, W.B./ Bennett, G.G. 2014. "A systematic review of weight loss, physical activity and dietary interventions involving African American men." *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 15 Suppl 4:93-106. doi: 10.1111/obr.12209.
- Niederdeppe, J./ Kuang, X./ Crock, B./ Skelton, A. 2008. "Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations:

- what do we know, what do we need to learn, and what should we do now?" *Social Science & Medicine* 67 (9):1343-55. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.06.037.
- Nierkens, V./ Hartman, M.A./ Nicolaou, M./ Vissenberg, C./ Beune, E.J.A.J./ Hosper, K., . . . Stronks, K. 2013. "Effectiveness of cultural adaptations of interventions aimed at smoking cessation, diet, and/or physical activity in ethnic minorities. a systematic review." *PLoS one* 8 (10):e73373-e73373. doi: 10.1371/journal.pone.0073373.
- Noar, S.M./ Hall, M.G./ Francis, D.B./ Ribisl, K.M./ Pepper, J.K./ Brewer, N.T. 2016. "Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies." *Tobacco Control* 25 (3):341-54. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051978.
- Nolen-Hoeksema, S./ Larson, J./ Grayson, C. 1999. "Explaining the gender difference in depressive symptoms." *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (5):1061-72.
- Nonnemaker, J.M./ Allen, J.A./ Davis, K.C./ Kamyab, K./ Duke, J.C./ Farrelly, M.C. 2014. "The influence of antismoking television advertisements on cessation by race/ethnicity, socioeconomic status, and mental health status." *PLoS One* 9 (7):e102943. doi: 10.1371/journal.pone.0102943.
- O'Brien, B./ Knight-West, O./ Walker, N./ Parag, V./ Bullen, C. 2015. "E-cigarettes versus NRT for smoking reduction or cessation in people with mental illness: secondary analysis of data from the ASCEND trial." *Tobacco Induced Diseases* 13 (1):5. doi: 10.1186/s12971-015-0030-2.
- O'Neill, J./ Tabish, H./ Welch, V./ Petticrew, M./ Pottie, K./ Clarke, M., . . . Tugwell, P. 2014. "Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health." *Journal of Clinical Epidemiology* 67 (1):56-64. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.08.005.
- Oesterle, S./ Kuklinski, M.R./ Hawkins, J.D./ Skinner, M.L./ Guttmanova, K./ Rhew, I.C. 2018. "Long-Term Effects of the Communities That Care Trial on Substance Use, Antisocial Behavior, and Violence Through Age 21 Years." *American Journal of Public Health* 108 (5):659-665. doi: 10.2105/ajph.2018.304320.
- Olstad, D.L./ Ancilotto, R./ Teychenne, M./ Minaker, L.M./ Taber, D.R./ Raine, K.D., . . . Ball, K. 2017. "Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review." *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 18 (7):791-807. doi: 10.1111/obr.12546.
- Olstad, D.L./ Teychenne, M./ Minaker, L.M./ Taber, D.R./ Raine, K.D./ Nykiforuk, C.I./ Ball, K. 2016. "Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children." *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 17 (12):1198-1217. doi: 10.1111/obr.12457.
- Ortiz, K.S./ Duncan, D.T./ Blossnich, J.R./ Salloum, R.G./ Battle, J. 2015. "Smoking Among Sexual Minorities: Are There Racial Differences?" *Nicotine & Tobacco Research* 17 (11):1362-8. doi: 10.1093/ntr/ntv001.
- Panter-Brick, C./ Burgess, A./ Eggerman, M./ McAllister, F./ Pruett, K./ Leckman, J.F. 2014. "Practitioner review: Engaging fathers--recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence." *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 55 (11):1187-212. doi: 10.1111/jcpp.12280.
- Park, E.W./ Tudiver, F.G./ Campbell, T. 2012. "Enhancing partner support to improve smoking cessation." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7):Cd002928. doi: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.
- Paul, C.L./ Turon, H./ Bonevski, B./ Bryant, J./ McElduff, P. 2013. "A cross-sectional survey of experts' opinions about the relative effectiveness of tobacco control strategies for the general population versus disadvantaged groups: what do we choose in the absence of evidence?" *BMC Public Health* 13:1144. doi: 10.1186/1471-2458-13-1144.

- Pega, F./ Carter, K./ Blakely, T./ Lucas, P.J. 2013. "In-work tax credits for families and their impact on health status in adults." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8):CD009963-CD009963. doi: 10.1002/14651858.CD009963.pub2.
- Peretti-Watel, P./ Constance, J. 2009. "'It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 6 (2):608-21. doi: 10.3390/ijerph6020608.
- Perrino, T./ Beardslee, W./ Bernal, G./ Brincks, A./ Cruden, G./ Howe, G., . . . Brown, C.H. 2015. "Toward scientific equity for the prevention of depression and depressive symptoms in vulnerable youth." *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research* 16 (5):642-651. doi: 10.1007/s11121-014-0518-7.
- Perrino, T./ Pantin, H./ Prado, G./ Huang, S./ Brincks, A./ Howe, G., . . . Brown, C.H. 2014. "Preventing internalizing symptoms among Hispanic adolescents: a synthesis across Familias Unidas trials." *Prevention Science* 15 (6):917-28. doi: 10.1007/s11121-013-0448-9.
- Perusco, A./ Poder, N./ Mohsin, M./ Rikard-Bell, G./ Rissel, C./ Williams, M., . . . Guirguis, S. 2010. "Evaluation of a comprehensive tobacco control project targeting Arabic-speakers residing in south west Sydney, Australia." *Health Promotion International* 25 (2):153-65. doi: 10.1093/heapro/daq009.
- Pfister, A. 2013. Gendersensibel-diversityorientierte Suchtprävention: Grundlagen und Checkliste für den Schulkontext Zürich: Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich.
- Pfister, A. 2014. "Gender- und Diversity-Check suchtpräventiver Angebote." *SuchtMagazin* (5):10-13. doi: <http://doi.org/10.5281/zenodo.997227>.
- Pfister, A. 2015. "Vergessene queere Jugend." *SuchtMagazin* (2):14-17. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.997229>.
- Pfluger, T./ Biedermann, A./ Salis Gross, C. 2009. Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz - Grundlagen und Empfehlungen. Herzogenbuchsee.
- Plöderl, M./ Tremblay, P. 2015. "Mental health of sexual minorities. A systematic review." *International Review of Psychiatry* 27 (5):367-85. doi: 10.3109/09540261.2015.1083949.
- Poulsen, T./ Elkjaer, E./ Vass, M./ Hendriksen, C./ Avlund, K. 2007. "Promoting physical activity in older adults by education of home visitors." *European Journal of Ageing* 4 (3):115-124. doi: 10.1007/s10433-007-0057-1.
- PREOS. 2011. Vers l'égalité des chances en matière de sante pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé. Etat des lieux et recommandations. Lausanne: Groupe santé, PREOS prévenir le rejet basé sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre chez les jeunes.
- Puder, J.J./ Marques-Vidal, P./ Schindler, C./ Zahner, L./ Niederer, I./ Bürgi, F., . . . Kriemler, S. 2011. "Effect of multidimensional lifestyle intervention on fitness and adiposity in predominantly migrant preschool children (Ballabeina): cluster randomised controlled trial." *The BMJ* 343:d6195. doi: 10.1136/bmj.d6195.
- Pust, S./ Schaller, K./ Pötschke-Langer, M. 2008. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Band 9: Frauen und Rauchen in Deutschland. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Ramsey, A.T./ Montgomery, K. 2014. "Technology-based interventions in social work practice: a systematic review of mental health interventions." *Social Work in Health Care* 53 (9):883-899. doi: 10.1080/00981389.2014.925531.
- Rees, V.W./ Keske, R.R./ Blaine, K./ Aronstein, D./ Gandelman, E./ Lora, V., . . . Geller, A.C. 2014. "Factors influencing adoption of and adherence to indoor smoking bans among health disparity communities." *American Journal of Public Health* 104 (10):1928-34. doi: 10.2105/ajph.2013.301735.
- Reinwand, D.A./ Schulz, D.N./ Crutzen, R./ Kremers, S.P./ de Vries, H. 2015. "Who Follows eHealth Interventions as Recommended? A Study of Participants' Personal Characteristics From the Experimental Arm of a Randomized

- Controlled Trial." *Journal of Medical Internet Research* 17 (5):e115. doi: 10.2196/jmir.3932.
- Reyno, S.M./ McGrath, P.J. 2006. "Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems--a meta-analytic review." *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 47 (1):99-111. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x.
- Richards, C./ Bouman, W.P./ Seal, L./ Barker, M.J./ Nieder, T.O./ T'Sjoen, G. 2016. "Non-binary or genderqueer genders." *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)* 28 (1):95-102. doi: 10.3109/09540261.2015.1106446.
- Riggle, E.D.B./ Gonzalez, K.A./ Rostosky, S.S./ Black, W.W. 2014. "Cultivating Positive LGBTQA Identities: An Intervention Study with College Students." *Journal of LGBT Issues in Counseling* 8 (3):264-281. doi: 10.1080/15538605.2014.933468.
- Rimer, B.K./ Orleans, C.T./ Fleisher, L./ Cristinzio, S./ Resch, N./ Telepchak, J./ Keintz, M.K. 1994. "Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers." *Health Education Research* 9 (1):69-84.
- Ritter, C./ Elger, B./ Kunz, M./ Etter, J.-F. 2012. Less Smoking and More Health in Prisons. Swiss Tobacco Control Fund grant Nr 08.002295. Final Report. Basel, Switzerland.
- Robertson, C./ Archibald, D./ Avenell, A./ Douglas, F./ Hoddinott, P./ van Teijlingen, E., ... Fowler, C. 2014. "Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men." *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 18 (35):v-vi, xxiii-xxix, 1-424. doi: 10.3310/hta18350.
- Robinson, G./ Zubrick, S./ Silburn, S./ Tyler, W./ Jones, Y./ D'Aprano, A., ... Stock, C. 2009. Let's start: Exploring together. An early intervention program for Northern Territory children and families. Final evaluation report. Darwin: School for Social and Policy Research, Institute of Advanced Studies, Charles Darwin University.
- Robinson, L.E./ Webster, E.K./ Whitt-Glover, M.C./ Ceaser, T.G./ Alhassan, S. 2014. "Effectiveness of pre-school- and school-based interventions to impact weight-related behaviours in African American children and youth: a literature review." *Obesity Reviews* 15 (S4):5-25. doi: 10.1111/obr.12208.
- Robinson, T.N. 1999. "Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial." *Jama* 282 (16):1561-7.
- Roth, B./ Robbins, D. 2004. "Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population." *Psychosomatic Medicine* 66 (1):113-23.
- Rothwell, L./ Britton, J./ Bogdanovica, I. 2015. "The relation between cigarette price and hand-rolling tobacco consumption in the UK: an ecological study." *BMJ Open* 5 (6):e007697. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007697.
- Rowa-Dewar, N./ Lumsdaine, C./ Amos, A. 2015. "Protecting children from smoke exposure in disadvantaged homes." *Nicotine & Tobacco Research* 17 (4):496-501. doi: 10.1093/ntr/ntu217.
- Russ, S.A./ Larson, K./ Tullis, E./ Halfon, N. 2014. "A lifecourse approach to health development: implications for the maternal and child health research agenda." *Maternal and Child Health Journal* 18 (2):497-510. doi: 10.1007/s10995-013-1284-z.
- Saewyc, E.M./ Konishi, C./ Rose, H.A./ Homma, Y. 2014. "School-Based Strategies to Reduce Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Discrimination among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents in Western Canada." *International Journal of Child, Youth & Family Studies* 5 (1):89-112.
- Salam, R.A./ Das, J.K./ Lassi, Z.S./ Bhutta, Z.A. 2016. "Adolescent Health Interventions: Conclusions, Evidence Gaps, and Research Priorities." *Journal of Adolescent Health* 59 (4S):S88-S92. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.05.006.

- Salerno, J.P. 2016. "Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review." *The Journal of School Health* 86 (12):922-931. doi: 10.1111/josh.12461.
- Salis Gross, C. 2010. "Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen." *SuchtMagazin* 36 (1):18-21.
- Salis Gross, C./ Soom Ammann, E./ Haug, S. 2015. Chancengleichheit und gesundes Körpergewicht: Aktualisierung der wissenschaftlichen Fakten 2006-2014. Bericht zu Händen der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: PHS Public Health Services GmbH.
- Salis Gross, C./ Soom, E./ El Fehri, V. 2012. "Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp." *SuchtMagazin* (3&4):26-29.
- Salla, B./ Pasche, M./ Zürcher, K. 2014. Rapport sur le projet-pilote «Tabagisme et santé buccodentaire» Un exemple d'action: la brochure Une bouche en bonne santé à tout âge. Lausanne.
- Sanders, M.R./ Kirby, J.N./ Tellegen, C.L./ Day, J.J. 2014. "The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support." *Clinical Psychology Review* 34 (4):337-57. doi: 10.1016/j.cpr.2014.04.003.
- Sandler, I./ Wolchik, S.A./ Cruden, G./ Mahrer, N.E./ Ahn, S./ Brincks, A./ Brown, C.H. 2014. "Overview of meta-analyses of the prevention of mental health, substance use, and conduct problems." *Annual Review of Clinical Psychology* 10:243-73. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185524.
- Schäffler, H./ Biedermann, A./ Salis Gross, C. 2013. Soziale Teilhabe - Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen des interkantonalen Projekts „Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“. Bern: PHS Public Health Services GmbH.
- Schaub, M. 2014. Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme. Queer Quit Nachfolgestudie. Bern: Tabakpräventionsfonds. <https://www.tpf.admin.ch/tpf/de/home/tpf-projektdatenbank/projektdatenbank.html>.
- Schlichthorst, M./ King, K./ Turnure, J./ Sukunesan, S./ Phelps, A./ Pirkis, J. 2018. "Influencing the Conversation About Masculinity and Suicide: Evaluation of the Man Up Multimedia Campaign Using Twitter Data." *JMIR Mental Health* 5 (1):e14. doi: 10.2196/mental.9120.
- Schnoz, D./ Salis Gross, C./ Grubenmann, D./ Uchtenhagen, A. 2006. Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Im Auftrag der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM). Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Schnoz, D./ Schaub, M./ Schwappach, D.L./ Salis Gross, C. 2011. "Developing a smoking cessation program for Turkish-speaking migrants in Switzerland: novel findings and promising effects." *Nicotine & Tobacco Research* 13 (2):127-34. doi: 10.1093/ntr/ntq220.
- Schuwey, C./ Knöpfel, C. 2014. Neues Handbuch Armut in der Schweiz. Luzern: Caritas-Verlag.
- Sekoni, A.O./ Gale, N.K./ Manga-Atangana, B./ Bhadhuri, A./ Jolly, K. 2017. "The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review." *Journal of the International AIDS Society* 20 (1):21624-21624. doi: 10.7448/IAS.20.1.21624.
- Shahab, L./ Brown, J./ Gardner, B./ Smith, S.G. 2014. "Seeking health information and support online: does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey." *Journal of Medical Internet Research* 16 (11):e253. doi: 10.2196/jmir.3368.
- Sharma, A./ Sharma, S.D./ Sharma, M. 2017. "Mental health promotion: a narrative review of emerging trends." *Current Opinion in Psychiatry* 30 (5):339-345. doi: 10.1097/YCO.0000000000000347.

- Sibinga, E.M./ Webb, L./ Ghazarian, S.R./ Ellen, J.M. 2016. "School-Based Mindfulness Instruction: An RCT." *Pediatrics* 137 (1). doi: 10.1542/peds.2015-2532.
- Sklad, M./ Diekstra, R./ Ritter, M.D./ Ben, J./ Gravesteyn, C. 2012. "Effectiveness of school - based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment?" *Psychology in the Schools* 49 (9):892-909.
- Smith, M./ Hosking, J./ Woodward, A./ Witten, K./ MacMillan, A./ Field, A., . . . Mackie, H. 2017. "Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport - an update and new findings on health equity." *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 14 (1):158-158. doi: 10.1186/s12966-017-0613-9.
- Smith, N.G./ Hart, T.A./ Kidwai, A./ Vernon, J.R.G./ Blais, M./ Adam, B. 2017. "Results of a Pilot Study to Ameliorate Psychological and Behavioral Outcomes of Minority Stress Among Young Gay and Bisexual Men." *Behavior Therapy* 48 (5):664-677. doi: 10.1016/j.beth.2017.03.005.
- Smith, P.M./ Spadoni, M.M./ Proper, V.M. 2014. "Abuse and smoking cessation in clinical practice." *Journal of Clinical Nursing* 23 (3-4):361-6. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04219.x.
- Soom Ammann, E./ Salis Gross, C. 2011. Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Zusammenfassung und Empfehlungen. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung in Zusammenarbeit mit PHS Public Health Services GmbH
- Soom Ammann, E./ Salis Gross, C. 2013. Die Rolle sozialer Netzwerke bei Rauchstopp und Tabakprävention. Kurzbericht zum Stand des Wissens in der Forschung. Bern: PHS Public Health Services GmbH.
- Spence, J.C./ Holt, N.L./ Dutove, J.K./ Carson, V. 2010. "Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: the rich get richer." *BMC Public Health* 10:356. doi: 10.1186/1471-2458-10-356.
- Speybroeck, N./ Van Malderen, C./ Harper, S./ Muller, B./ Devleeschauwer, B. 2013. "Simulation models for socioeconomic inequalities in health: a systematic review." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10 (11):5750-80. doi: 10.3390/ijerph10115750.
- Stanczyk, N./ Bolman, C./ van Adrichem, M./ Candel, M./ Muris, J./ de Vries, H. 2014. "Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: randomized controlled trial." *Journal of Medical Internet Research* 16 (3):e69. doi: 10.2196/jmir.3016.
- Stead, L.F./ Hartmann-Boyce, J./ Perera, R./ Lancaster, T. 2013. "Telephone counselling for smoking cessation." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8):Cd002850. doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
- Stern, S./ Schwab Cammarano, S./ Aeberhard, S./ Sidler, C. 2018. Nationales Programm gegen Armut. Frühe Förderung. Orientierungshilfe für kleinere und mittlere Gemeinden. Bundesamt für Sozialversicherungen - BSV. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen - BSV.
- Stewart-Brown, S. 2006. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? : World Health Organization.
- Stewart-Brown, S.L./ Schrader-McMillan, A. 2011. "Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project." *Health Promotion International* 26 Suppl 1:i10-28. doi: 10.1093/heapro/dar056.
- Stice, E./ Shaw, H./ Bohon, C./ Marti, C.N./ Rohde, P. 2009. "A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (3):486-503. doi: 10.1037/a0015168.
- Streja, L./ Crespi, C.M./ Bastani, R./ Wong, G.C./ Jones, C.A./ Bernert, J.T., . . . Berman, B.A. 2014. "Can a minimal intervention reduce secondhand smoke exposure

- among children with asthma from low income minority families? Results of a randomized trial." *Journal of Immigrant and Minority Health* 16 (2):256-64. doi: 10.1007/s10903-012-9713-4.
- Stucki, S./ Archimi, A./ Kuntsche, S. 2017. "Smoking status and attitudes towards preventive structural measures after participation in the Smoke-Free Class Competition in Switzerland." *Drugs: Education, Prevention and Policy*:1-9. doi: 10.1080/09687637.2017.1381666.
- Stucki, S./ Kuntsche, E./ Archimi, A./ Kuntsche, S. 2014. "Does smoking within an individual's peer group affect intervention effectiveness? An evaluation of the Smoke-Free Class Competition among Swiss adolescents." *Preventive Medicine* 65:52-7. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.04.018.
- Sullivan, A.N./ Lachman, M.E. 2016. "Behavior Change with Fitness Technology in Sedentary Adults: A Review of the Evidence for Increasing Physical Activity." *Frontiers in Public Health* 4:289-289. doi: 10.3389/fpubh.2016.00289.
- Sun, J./ Buys, N./ Wang, X. 2013. "Effectiveness of a workplace-based intervention program to promote mental health among employees in privately owned enterprises in China." *Population Health Management* 16 (6):406-14. doi: 10.1089/pop.2012.0113.
- Sussman, S./ Sun, P. 2009. "Youth tobacco use cessation: 2008 update." *Tobacco Induced Diseases* 5:3. doi: 10.1186/1617-9625-5-3.
- Svetkey, L.P./ Ard, J.D./ Stevens, V.J./ Loria, C.M./ Young, D.Y./ Hollis, J.F., . . . Vollmer, W.M. 2012. "Predictors of long-term weight loss in adults with modest initial weight loss, by sex and race." *Obesity (Silver Spring)* 20 (9):1820-8. doi: 10.1038/oby.2011.88.
- Taylor, A.H./ Thompson, T.P./ Greaves, C.J./ Taylor, R.S./ Green, C./ Warren, F.C., . . . West, R. 2014. "A pilot randomised trial to assess the methods and procedures for evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Exercise Assisted Reduction then Stop (EARS) among disadvantaged smokers." *Health Technology Assessment* 18 (4):1-324. doi: 10.3310/hta18040.
- Taylor, R.D./ Oberle, E./ Durlak, J.A./ Weissberg, R.P. 2017. "Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects." *Child Development* 88 (4):1156-1171. doi: 10.1111/cdev.12864.
- Taylor, W.C./ Baranowski, T./ Young, D.R. 1998. "Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability." *American Journal of Preventive Medicine* 15 (4):334-43.
- Thomas, R.E./ McLellan, J./ Perera, R. 2013. "School - based programmes for preventing smoking." *Evidence - Based Child Health: A Cochrane Review Journal* 8 (5):1616-2040.
- Thomas, R.E./ McLellan, J./ Perera, R. 2015. "Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis." *BMJ Open* 5 (3):e006976. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006976.
- Thomas, S./ Fayter, D./ Misso, K./ Ogilvie, D./ Petticrew, M./ Sowden, A., . . . Worthy, G. 2008. "Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review." *Tobacco Control* 17 (4):230-7. doi: 10.1136/tc.2007.023911.
- Tong, E.K./ Fagan, P./ Cooper, L./ Canto, M./ Carroll, W./ Foster-Bey, J., . . . Chu, K. 2015. "Working to Eliminate Cancer Health Disparities from Tobacco: A Review of the National Cancer Institute's Community Networks Program." *Nicotine & Tobacco Research* 17 (8):908-23. doi: 10.1093/ntr/ntv069.
- Tovar, A./ Renzaho, A.M.N./ Guerrero, A.D./ Mena, N./ Ayala, G.X. 2014. "A Systematic Review of Obesity Prevention Intervention Studies among Immigrant Populations in the US." *Current Obesity Reports* 3:206-222. doi: 10.1007/s13679-014-0101-3.
- Towner, E.K./ Clifford, L.M./ McCullough, M.B./ Stough, C.O./ Stark, L.J. 2016. "Treating Obesity in Preschoolers: A Review and Recommendations for Addressing

- Critical Gaps." *Pediatric Clinics of North America* 63 (3):481-510. doi: 10.1016/j.pcl.2016.02.005.
- Towns, S./ DiFranza, J.R./ Jayasuriya, G./ Marshall, T./ Shah, S. 2017. "Smoking Cessation in Adolescents: targeted approaches that work." *Paediatric Respiratory Reviews* 22:11-22. doi: 10.1016/j.prrv.2015.06.001.
- Tsoi, D.T./ Porwal, M./ Webster, A.C. 2013. "Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2):Cd007253. doi: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
- Twyman, L./ Bonevski, B./ Paul, C./ Bryant, J. 2014. "Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature." *BMJ Open* 4 (12):e006414. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006414.
- van Stralen, M.M./ de Vries, H./ Bolman, C./ Mudde, A.N./ Lechner, L. 2010. "Exploring the efficacy and moderators of two computer-tailored physical activity interventions for older adults: a randomized controlled trial." *Annals of Behavioral Medicine* 39 (2):139-50. doi: 10.1007/s12160-010-9166-8.
- Verguet, S./ Gauvreau, C.L./ Mishra, S./ MacLennan, M./ Murphy, S.M./ Brouwer, E.D., . . . Jamison, D.T. 2015. "The consequences of tobacco tax on household health and finances in rich and poor smokers in China: an extended cost-effectiveness analysis." *The Lancet. Global Health* 3 (4):e206-16. doi: 10.1016/s2214-109x(15)70095-1.
- Vijayaraghavan, M./ Schroeder, S.A./ Kushel, M. 2016. "The effectiveness of tobacco control policies on vulnerable populations in the USA: a review." *Postgraduate Medical Journal*. doi: 10.1136/postgradmedj-2014-133193.
- Vuori, J./ Silvonen, J./ Vinokur, A.D./ Price, R.H. 2002. "The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement." *Journal of Occupational Health Psychology* 7 (1):5.
- Wadden, T.A./ West, D.S./ Neiberg, R.H./ Wing, R.R./ Ryan, D.H./ Johnson, K.C., . . . Vitolins, M.Z. 2009. "One-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with success." *Obesity (Silver Spring)* 17 (4):713-22. doi: 10.1038/oby.2008.637.
- Wahlbeck, K./ Cresswell-Smith, J./ Haaramo, P./ Parkkonen, J. 2017. "Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52 (5):505-514. doi: 10.1007/s00127-017-1370-4.
- Walls, N.E./ Wisneski, H. 2010. "Evaluation of smoking cessation classes for the lesbian, gay, bisexual, and transgender community." *Journal of Social Service Research* 37 (1):99-111.
- Walter, E./ Duetz Schmucki, M./ Bürli, C./ Amstad, F./ Haas, A./ Schibli, D./ Kaufmann, M. 2014. Suizidprävention in der Schweiz, Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Wang, J./ Hausermann, M./ Ambresin, A.E. 2018. "Mindfulness and Other Psycho-Social Resources Protective Against Mental Illness and Suicidality Among Gay Men." *Frontiers in Psychiatry* 9:361. doi: 10.3389/fpsy.2018.00361.
- Wang, J./ Hausermann, M./ Berrut, S./ Weiss, M.G. 2013. "The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men." *Journal of Affective Disorders* 150 (2):306-12. doi: 10.1016/j.jad.2013.04.011.
- Wang, J./ Hausermann, M./ Weiss, M.G. 2014. "Mental health literacy and the experience of depression in a community sample of gay men." *Journal of Affective Disorders* 155:200-7. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.001.
- Wang, J./ Ploderl, M./ Hausermann, M./ Weiss, M.G. 2015. "Understanding Suicide Attempts Among Gay Men From Their Self-perceived Causes." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 203 (7):499-506. doi: 10.1097/nmd.0000000000000319.

- Weare, K. 2010. "Mental Health and Social and Emotional Learning: Evidence, Principles, Tensions, Balances." *Advances in School Mental Health Promotion* 3 (1):5-17. doi: 10.1080/1754730X.2010.9715670.
- Weber, D. 2019. *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention. Kernbegriffe, Erklärung, Interventionsansätze und Erfolgskriterien*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH).
- Weber, D./ Salis Gross, C. 2018. "Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung." *SuchtMagazin* 44 (5):13-17.
- Welch, V./ Jull, J./ Petkovic, J./ Armstrong, R./ Boyer, Y./ Cuervo, L.G., . . . Tugwell, P. 2015. "Protocol for the development of a CONSORT-equity guideline to improve reporting of health equity in randomized trials." *Implementation Science* 10:146. doi: 10.1186/s13012-015-0332-z.
- Welch, V./ Petticrew, M./ Tugwell, P./ Moher, D./ O'Neill, J./ Waters, E./ White, H. 2012. "PRISMA-Equity 2012 extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity." *PLoS Med* 9 (10):e1001333. doi: 10.1371/journal.pmed.1001333.
- Welsh, J./ Strazdins, L./ Ford, L./ Friel, S./ O'Rourke, K./ Carbone, S./ Carlon, L. 2015. "Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review." *Health Promotion International* 30 Suppl 2:ii36-76. doi: 10.1093/heapro/dav053.
- Wendel-Vos, G.C./ Dutman, A.E./ Verschuren, W.M./ Ronckers, E.T./ Ament, A./ van Assema, P., . . . Schuit, A.J. 2009. "Lifestyle factors of a five-year community-intervention program: the Hartslag Limburg intervention." *American Journal of Preventive Medicine* 37 (1):50-6. doi: 10.1016/j.amepre.2009.03.015.
- West, D.S./ Elaine Prewitt, T./ Bursac, Z./ Felix, H.C. 2008. "Weight loss of black, white, and Hispanic men and women in the Diabetes Prevention Program." *Obesity (Silver Spring)* 16 (6):1413-20. doi: 10.1038/oby.2008.224.
- West, R./ Raw, M./ McNeill, A./ Stead, L./ Aveyard, P./ Bitton, J., . . . Borland, R. 2015. "Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development." *Addiction* 110 (9):1388-403. doi: 10.1111/add.12998.
- Whitaker, C./ Stevelink, S./ Fear, N. 2017. "The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes: A Systematic Review." *Journal of Medical Internet Research* 19 (8):e290. doi: 10.2196/jmir.7071.
- White Hughto, J.M./ Reisner, S.L./ Pachankis, J.E. 2015. "Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions." *Social Science & Medicine* 147:222-231. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.010.
- Whittaker, R./ McRobbie, H./ Bullen, C./ Borland, R./ Rodgers, A./ Gu, Y. 2012. "Mobile phone-based interventions for smoking cessation." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11:Cd006611. doi: 10.1002/14651858.CD006611.pub3.
- WHO. 1996. *Regional guidelines. Development of health-promoting schools - A framework for action*. In *Health-Promoting Schools: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific*.
- WHO. 2008. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2011. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. . Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2014. *Social determinants of mental health*: World Health Organization.
- WHO Europe. 2014. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: World Health Organization.
- Wijtzes, A.I./ van de Gaar, V.M./ van Grieken, A./ de Kroon, M.L.A./ Mackenbach, J.P./ van Lenthe, F.J., . . . Raat, H. 2017. "Effectiveness of interventions to improve lifestyle behaviors among socially disadvantaged children in Europe."

- European Journal of Public Health* 27 (2):240-247. doi: 10.1093/eurpub/ckw136.
- Wilkerson, J.M./ Schick, V.R./ Romijnders, K.A./ Bauldry, J./ Butame, S.A. 2017. "Social Support, Depression, Self-Esteem, and Coping Among LGBTQ Adolescents Participating in Hatch Youth." *Health Promotion Practice* 18 (3):358-365. doi: 10.1177/1524839916654461.
- Willging, C.E./ Green, A.E./ Ramos, M.M. 2016. "Implementing school nursing strategies to reduce LGBTQ adolescent suicide: a randomized cluster trial study protocol." *Implementation Science* 11 (1):145. doi: 10.1186/s13012-016-0507-2.
- Williams, J.M./ Anthenelli, R.M./ Morris, C.D./ Treadow, J./ Thompson, J.R./ Yunis, C./ George, T.P. 2012. "A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder." *The Journal of Clinical Psychiatry* 73 (5):654-60. doi: 10.4088/JCP.11m07522.
- Wilson, A./ Guillaumier, A./ George, J./ Denham, A./ Bonevski, B. 2017. "A systematic narrative review of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups (2010-2017)." *Expert Review of Respiratory Medicine* 11 (8):617-630. doi: 10.1080/17476348.2017.1340836.
- Woodhall-Melnik, J.R./ Dunn, J.R. 2016. "A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs." *Housing Studies* 31 (3):287-304. doi: 10.1080/02673037.2015.1080816.
- Yarns, B.C./ Abrams, J.M./ Meeks, T.W./ Sewell, D.D. 2016. "The Mental Health of Older LGBT Adults." *Current Psychiatry Reports* 18 (6):60-60. doi: 10.1007/s11920-016-0697-y.
- Yasui, M./ Pottick, K.J./ Chen, Y. 2017. "Conceptualizing Culturally Infused Engagement and Its Measurement for Ethnic Minority and Immigrant Children and Families." *Clinical Child and Family Psychology Review* 20 (3):250-332. doi: 10.1007/s10567-017-0229-2.
- Yildiz, E. 2018. "Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies." *Archives of Psychiatric Nursing* 32 (4):650-659. doi: 10.1016/j.apnu.2018.03.003.
- Yoshikawa, H./ Whipps, M.D.M./ Rojas, N.M. 2017. "Commentary: New Directions in Developmentally Informed Intervention Research for Vulnerable Populations." *Child Development* 88 (2):459-465. doi: 10.1111/cdev.12736.
- Zeeman, L./ Sherriff, N./ Browne, K./ McGlynn, N./ Mirandola, M./ Gios, L., . . . Amaddeo, F. 2018. "A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities." *The European Journal of Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/cky226.
- Zenner, C./ Herrnleben-Kurz, S./ Walach, H. 2014. "Mindfulness-based interventions in schools-a systematic review and meta-analysis." *Frontiers in Psychology* 5:603. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00603.
- Zoogman, S./ Goldberg, S.B./ Hoyt, W.T./ Miller, L. 2015. "Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis." *Mindfulness* 6 (2):290-302. doi: 10.1007/s12671-013-0260-4.