



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

FOGS

MIRAS

Miteinander Rauchbelastung senken

(zuvor: Migration, Rauchen und soziale Benachteiligung:
Maßnahmen zum Gesundheitsschutz von Kindern)

Abschlussbericht

für das
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Heike Zurhold, ZIS
Martina Schu, FOGS
Miriam Martin, FOGS

Hamburg/Köln, im Juni 2017

Titel und Verantwortliche

Der offizielle Projekttitle lautet: „MIRAS – Migration, Rauchen und soziale Benachteiligung: Maßnahmen zum Gesundheitsschutz von Kindern“. Da dieser Titel sehr lang ist und die verantwortliche Projektgruppe den partizipativen Charakter des Projekts stärker betonen wollte, wird in der schriftlichen wie mündlichen Kommunikation zum Projekt folgender Titel verwendet:

„MIRAS – Miteinander Rauchbelastung senken“.

Das Vorhaben wird in den beiden Städten Hamburg und Köln realisiert. ZIS führt die Studie in Hamburg und FOGS in Köln durch. Beide Institute übernehmen gemeinschaftlich die Projektleitung.

Förderkennzeichen: ZMVII-2515DSM219

Leitung

Gesamtkoordination: Dr. Heike Zurhold

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Martinstraße 52, 20246 Hamburg

Tel. 040/7410-5299, Email: zurhold@uke.de

Projektleitung: Martina Schu

Gesellschaft für Forschung und Beratung

im Gesundheits- und Sozialbereich mbH

Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln

Tel.: 0221/973101-22, Email: schu@fogs-gmbh.de

Projektmitarbeitende :

Dr. Silke Kuhn, ZIS Hamburg

Hermann Schlömer, ISD Hamburg

Miriam Martin, FOGS Köln

Administration:

Sabine Meiboom, ZIS Hamburg

Anne Gehrman, FOGS Köln

Laufzeit: 01.10.2015 bis 31.03.2017

Fördersumme: 161.127,00 Euro

Inhaltsverzeichnis

Titel und Verantwortliche	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis	4
1 Zusammenfassung.....	5
2 Einleitung	6
2.1 Ziele und Zielgruppen	8
2.2 Projektstruktur	9
3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	12
3.1 Methoden zur Konzept- und Maßnahmenentwicklung	12
3.1.1 Einbeziehung von Fachkräften in regionale Arbeitsgruppen.....	12
3.1.2 Gespräche mit Eltern aus den Zielgruppen	13
3.2 Methoden zur Erprobung der Akzeptanz	14
4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	16
4.1 Steuerungsgruppe	16
4.2 Regionale Arbeitsgruppen.....	17
4.3 Elterngespräche	18
4.4 Entwicklung Maßnahmenkonzept und Materialien	21
4.4.1 Poster.....	21
4.4.2 Wissensquiz.....	23
4.4.3 Erklärfilm	23
4.4.4 Rauchttest – MoNIC Badge	24
4.4.5 Webseite	25
4.5 Akzeptanzprüfung	25
4.5.1 Verteilung gedruckter Materialien in den Einrichtungen.....	25
4.5.2 Online Verbreitung.....	26
5 Ergebnisse	26
5.1 Rauchverhalten und Aufklärungswünsche der Eltern	26
5.2 Nutzung und Bewertung der gedruckten Materialien	28
5.3 Bewertung der Rauchttests (Badges).....	32
5.4 Akzeptanz des Erklärfilms	33
5.5 Akzeptanz der Webseite	35
6 Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung	36

7	Gender Mainstreaming Aspekte	38
8	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	39
9	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)	39
11	Literatur	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Netzwerk des Projekts	10
Tabelle 2:	Konzeption der Elterngespräche	13
Tabelle 3:	Durchgeführte Interviews mit Eltern nach Zielgruppen und Ort	18
Tabelle 4:	Verteilte Poster	26
Tabelle 5:	Verteilte und genutzte Quizkarten.....	28
Tabelle 6:	Merkmale der Eltern, die den Akzeptanzfragebogen zurückgegeben haben.....	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Projektstruktur	11
Abbildung 2:	Maßnahmen und Indikatoren der Akzeptanzprüfung im Überblick.....	16
Abbildung 3:	Poster deutschsprachig	22
Abbildung 4:	Wissensquiz, Seite 2, deutschsprachig	23
Abbildung 5:	MoNIC Badge.....	24
Abbildung 6:	Bewertung des Posters mit Muttermotiv	30
Abbildung 7:	Bewertung des Posters mit Vatermotiv	31
Abbildung 8:	Bewertung des Wissensquiz	31
Abbildung 9:	Anteil der Eltern, die die Materialien weiterempfehlen würden	32
Abbildung 10:	Keywords zur Bewerbung über YouTube	34
Abbildung 11:	Geeignete Zugangswege zu sozial benachteiligten Eltern	38

1 Zusammenfassung

Diverse wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass vor allem Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status sowie Migrationshintergrund unter der Passivrauchbelastung leiden. Diese Familien werden von den vorhandenen gesundheitlichen Informations- und Unterstützungsangeboten nur ungenügend erreicht. In dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Explorationsvorhaben „MIRAS – Miteinander Rauchbelastung senken“ haben die Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS) und das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung am UKE Hamburg (ZIS) in einem partizipativen Verfahren geeignete Zugangswege zu Familien mit niedrigem sozialen Status in drei Herkunftsgruppen sowie ansprechende Aufklärungsmaßnahmen entwickelt und hinsichtlich ihrer Akzeptanz getestet.

An den Standorten Hamburg und Köln wurden gemeinsam mit Eltern aus den Zielgruppen und mit Fachkräften, die in Migrantenorganisationen, Familienzentren und Einrichtungen des Gesundheitswesens mit diesen Familien arbeiten, für deutsch-, russisch- und türkischsprachende sozial benachteiligte Eltern lebenslagebezogene kultur- und genderspezifische Zugangswege und Aufklärungsmaßnahmen zur Verringerung der Passivrauchbelastung bei Kindern entwickelt. Inhalt und Zielrichtung des Konzepts ist, Wissen zu den Gefahren des Passivrauchens zu vermitteln und so bei den Familien Verhaltensänderungen zum Schutz der Kinder zu bewirken. Entwickelt und durch verschiedene qualitative und quantitative Methoden auf Akzeptanz geprüft wurden dabei

- unterschiedliche Formen des Zugangs (persönlich, online über Soziale Medien),
- Aufklärungsmaterialien (Poster, Wissensquiz, kurzer Erklärfilm, Webseite).

Das Projekt zeigt, dass die partizipative Entwicklung, Diskussion und Anpassung der Materialien zeitaufwändige, jedoch höchst notwendige und effektive Prozesse sind, um bisher kaum erreichte Gruppen erfolgreich anzusprechen. Besonders erfolgreich war der 60-sekündige Erklärfilm, den mittels Bewerbung über Facebook über 1.000 Eltern vollständig angesehen haben. In weiteren 7.675 Aufrufen über YouTube haben Eltern das Video mindestens zur Hälfte angeschaut. Aber auch Poster und Quizkarten fanden Zustimmung: Von 987 über kooperierende Einrichtungen verteilten Quizkarten wurden 425 von Eltern mitgenommen (43 %), wofür die persönliche Ansprache der Eltern durch Fachkräfte sehr förderlich war. Insgesamt 155 Eltern haben die Poster und das Quiz bewertet und ein sehr großer Teil dieser Eltern würde diese Materialien weiterempfehlen. Somit wurde mit den Materialien eine sehr hohe Anzahl Eltern erreicht.

Die Erkenntnisse aus dem Projekt zeigen, dass die Zielgruppen unter speziellen Bedingungen und mit entsprechenden personellen und finanziellen Ressourcen (attraktive Materialien, gute Bewerbung und persönliche Ansprache) gut erreichbar sind. Die Ergebnisse des Akzeptanztests ermuntern, den eingeschlagenen Weg weiterzugehen und noch weiter auszubauen. Zur Fortführung des MIRAS-Projekts werden die Weiterentwicklung und auch die weitere Verbreitung der Materialien empfohlen. Sinnvoll wäre es dann, textfreie Versionen der Materialien zu entwickeln und diese über die Bewerbung in sozialen Medien weiter unter Eltern zu streuen. Auch Plakatkampagnen im öffentlichen Raum sind zur Aufklärung denkbar – um alle Eltern anzusprechen und nicht nur die spezifischen Zielgruppen. Zudem müssten die Maßnahmen zeitlich deutlich umfassender evaluiert werden. In einem breiteren Umsetzungs- und

Forschungsrahmen wären auch Fragen der Wirksamkeit der eingesetzten Präventionsmaterialien (also tatsächlicher Verhaltensänderung in der Zielgruppe) anzugehen.

2 Einleitung

Mit der Unterzeichnung des Rahmenabkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs¹, das im Februar 2005 in Kraft trat, verpflichtete sich Deutschland u. a. dazu, über die gesundheitlichen Folgen des Tabakrauchens aufzuklären, die Hilfestellung bei der Rauchentwöhnung zu verstärken und den Schutz von Nichtrauchenden vor dem Passivrauchen zu gewährleisten. In 2007 und 2008 traten in allen Bundesländern Nichtraucherschutzgesetze in Kraft, die mit Ausnahmen das Rauchen in allen Behörden, Dienststellen und sonstigen Einrichtungen des Landes und der Kommunen, in Schulen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie in der Gastronomie grundsätzlich verbieten. Weitergehende Verbote, wie beispielsweise ein Rauchverbot in privaten Räumen oder in PKWs in Anwesenheit von Kindern sind entweder nicht möglich oder wurden bisher nicht gesetzlich verankert.

Nach den vom Deutschen Krebsforschungszentrum (Schaller & Pötschke-Langer, 2008) herausgegebenen Zahlen sterben in Deutschland jedes Jahr ca. 3.300 Menschen aufgrund des unfreiwilligen Mitrauchens an folgenden Erkrankungen: Lungenkrebs, Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und plötzlichem Kindstod. Die Angaben beruhen auf der Berechnung des attributablen Risikos auf der Basis des relativen Risikos für passivrauchbelastete Nichtrauchende (Keil et al., 2005). Kinder und Jugendliche sind in einem besonderen Maße durch Passivrauchen gefährdet, da sie noch im Wachstum begriffen sind und ihre Organsysteme besonders sensibel reagieren (WHO, 2010).

Eine Studie aus der Schweiz hat die Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen auf Basis eines speziellen Tests zur passiven Nikotinmessung (MoNIC Badge) untersucht (Huynh et al, 2011). Die gemessene Nikotinmenge wird in die Anzahl an Zigaretten umgerechnet, die während der Messung inhaliert wird. Ergebnisse der Messung liegen für 148 Kinder und Jugendliche im Alter von unter einem Jahr bis zu 18 Jahren vor. Kinder unter einem Jahr inhalieren im Mittel zuhause täglich eine Zigarette passiv. Bei den 10- bis 15-Jährigen steigen die Werte auf bis zu 22 Zigaretten pro Tag.

In Deutschland illustriert der Tabakatlas, wie viele 11- bis 17-jährige Jungen und Mädchen täglich oder mehrmals in der Woche den Belastungen durch Passivrauchen ausgesetzt sind (DKFZ, 2015). Nach den Datenerhebungen von 2009/2012 waren das im Durchschnitt 18 % der nicht-rauchenden Jungen und 18 % der nicht-rauchenden Mädchen. Bei mindestens einem rauchenden Elternteil erhöht sich dieser Prozentsatz auf 32 % (Jungen) und 33 % (Mädchen). Gegenüber der vorherigen Erhebungswelle (2003/2006) ist dieser Anteil um mehr als 16 % gesunken. Nach wie vor hat der sozioökonomische Status der Eltern einen großen Einfluss auf die potentielle Passivrauchbelastung ihrer Kinder. Etwa 35 % der Frauen und etwa 45 % der Männer mit einem niedrigen sozialen Status rauchen. Im Vergleich dazu rauchen rund 26 % der Frauen und 26 % der Männer mit einem hohen sozioökonomischen Status.

1 WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003. www.who.int/fctc/text_download/en/

So zeigt die Auswertung der Berliner Einschulungsdaten, die das Rauchverhalten von Eltern abbildet, dass im Jahr 2015 etwa ein Drittel der Kinder in einem Haushalt leben, wo mindestens ein Elternteil raucht (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2016). Zwischen Eltern mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund finden sich – anders als in den Vorjahren – keine großen Unterschiede im Rauchverhalten. Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch, wenn die Herkunft betrachtet wird. Mindestens eine Person im Haushalt raucht: deutsch (32,6 %), türkisch (51,5 %), arabisch (38,9 %) und osteuropäisch (36,7%). Neben der Herkunft ist der sozioökonomische Status ein weiteres Unterscheidungsmerkmal im Rauchverhalten der Eltern. Mindestens ein rauchendes Elternteil findet sich zu 57 % in der unteren, zu 39 % in der mittleren und lediglich zu 14 % in der oberen sozialen Statusgruppe.

Weitere Hinweise zur Passivrauchbelastung in Deutschland finden sich im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Schulze & Lambert, 2006) sowie im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes (2013). Allerdings muss bei diesen Untersuchungen berücksichtigt werden, dass nicht oder nur schlecht Deutsch sprechende Migrantinnen und Migranten sowie Personen mit niedriger Bildung durch diese Erhebungen schlecht erreicht werden. Insofern ist die Datenlage zum Rauchverhalten von Migrantinnen und Migranten hierzulande noch sehr überschaubar.

Eine Reihe von neueren internationalen Studien hat den Effekt von sozioökonomischen Ungleichheiten auf die Passivrauch-Exposition von Kindern innerhalb der Wohnung untersucht (Akhtar et al., 2010; Pisinger et al., 2012; Longman et al., 2013; Shiue, 2015; Aurekkoetxea et al., 2016). Zusammenfassend weisen die Ergebnisse der Studien darauf hin, dass die Passivrauchbelastung von Kindern besonders verbreitet ist in großen Haushalten, in Haushalten mit einem geringen sozioökonomischen Status und einem Leben in einer sozial benachteiligten Wohngegend. Zudem gibt es Hinweise, dass Kinder von einem alleinerziehenden Elternteil oder einer noch jungen Mutter in ihrem Zuhause eher dem Passivrauch ausgesetzt sind.

Der niedrige sozioökonomische Status, der bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger anzufinden ist als bei Gruppen ohne Migrationshintergrund, scheint ein wesentlicher Einflussfaktor für die Belastung der Kinder durch Passivrauchen zu sein. Auch die Wohnortgröße hat einen Einfluss auf die Passivrauchbelastung der Kinder und ist in großen und mittelgroßen Städten stärker (Robert Koch-Institut, 2008; Wallby & Hjern, 2008).

Während in den vergangenen Jahrzehnten der Anteil der Rauchenden in der Bevölkerung mit einem hohen und einem mittleren sozioökonomischen Status gesunken ist, ist das Rauchverhalten in der unteren sozialen Schicht weitgehend stabil geblieben (Allensbacher Archiv, zit. nach Bruttel, 2011). Damit erfolgt eine doppelte Marginalisierung der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, einmal durch ihre eingeschränkte Teilhabe am sozialen Leben und zum anderen durch das Rauchen (Mielk & Helmet, 1994).

Um das Rauchverhalten von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und damit die Passivrauchbelastung von Kindern in diesen Familien zu verändern, ist eine Konzentration auf ebendiese Gruppe angezeigt. Zu dieser Gruppe können auch in einem besonderen Maße Menschen mit einem Migrationshintergrund gezählt werden. Allerdings stellt sich hierbei die zentrale Frage, wie sozial benachteiligte rauchende Eltern erreicht werden sollen und mit welchen Maßnahmen sich ihr Rauchverhalten zum Schutz der Kinder vor Passivrauch verändern lässt.

Czycholl (2011) unterscheidet bei der Erreichung von Migrantinnen und Migranten Zugänge erster Ordnung (z. B. Sprache, Erreichung) und zweiter Ordnung (im Kontakt, z. B. Inneres Verstehen, In-Beziehung-Kommen). Katherine Frohlich et al. (2010) haben in ihrer Montrealer Studie viele Menschen zu ihrem Rauchverhalten befragt und kommen zu dem Ergebnis, dass Verbote und Warnungen von Menschen in der unteren sozialen Schicht nicht als Fürsorge, sondern eher als Schikane erlebt werden. In einer Evaluationsstudie von Gordon et al. (2012) wurde evaluiert, welche Profession bzw. welche Interventionen besonders geeignet sind, die Passivrauchbelastung im Elternhaus zu reduzieren. Den Ergebnissen zufolge sind vor allem Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Arztpraxen, Hebammen, Schuleingangsuntersuchungen) geeignet, da sie einen guten Kontakt zu den Familien herstellen können und als glaubwürdige Vermittler von Informationen zur Reduktion von Passivrauch gelten.

Programme und Appelle der Rücksichtnahme auf Nichtraucher, speziell auf die eigenen Kinder, haben nur dann eine Chance auf positive Wahrnehmung, wenn sie kultur- und generell zielgruppensensibel vermittelt werden. Mit dem Ziel, die Passivrauchbelastung bei Kindern zu verringern, hat das Bundesgesundheitsministerium zeitgleich zwei Projekte gefördert, die neue Zugangswege zu sozial benachteiligten rauchenden Eltern entwickeln und zielgruppenspezifische Maßnahmen testen sollen. Eines dieser Projekte ist *MIRAS – Miteinander Rauchbelastung senken*, das in Kooperation von ZIS (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg) und FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im gesundheits- und Sozialbereich mbH) durchgeführt wurde.

2.1 Ziele und Zielgruppen

Hauptziel des vom BMG geförderten Vorhabens „Verringerung der Passivrauchbelastung bei Kindern“ war es, das Wissen über die Gefahren des Passivrauchens für Kinder in Familien mit niedrigem sozialen Status bzw. niedrigem Bildungsniveau zu erweitern und Familienangehörige zum Schutz ihrer Kinder durch einfache Maßnahmen zu motivieren. Diese Maßnahmen sollten insbesondere Familien mit Migrationshintergrund ansprechen, für die der Zugang zu Gesundheitsinformationen häufig schon durch Sprachbarrieren erschwert ist. Bei dem Projekt ging es nicht darum, Eltern zum Verzicht auf das Tabakrauchen anzuhalten. Vielmehr sollten neue Zugangswege zu sozial benachteiligten Eltern eröffnet und zielgruppenspezifische Aufklärungsmaßnahmen in Bezug auf Passivrauchbelastung der Kinder und das elterliche Rauchverhalten entwickelt und getestet werden.

Zielgruppen von MIRAS waren Eltern aus den beiden in Deutschland am stärksten verbreiteten Gruppen mit Migrationshintergrund; d. h. mit türkischem und mit russischsprachigem Migrationshintergrund. Zudem wurden Eltern ohne Migrationshintergrund einbezogen, die ebenfalls einen niedrigen sozialen Status aufwiesen.

Der soziale Status bzw. das Bildungsniveau wurde wie folgt durch den Schul- und Berufsabschluss, den Arbeitsstatus sowie das Einkommen definiert:

- Fehlender Schulabschluss, Hauptschulabschluss, keine abgeschlossene Berufsausbildung, lediglich Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahme.
- Erwerbs- oder Arbeitslosigkeit, Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung.
- Einkommen im Bereich der Armutsgefährdung.

In dem Projekt wurde ein niedriger sozialer Status angenommen, wenn zwei von drei dieser Kriterien zutrafen. Daraus leitet sich folgende Zielgruppe ab:

Eltern, die Tabakprodukte rauchen und

- zwischen 16 – 55 Jahre alt sind,
- Kinder im Alter von 0 – 16 Jahren haben und
- einen niedrigen sozialen Status gemäß o. g. Definition aufweisen.

Innerhalb dieser Zielgruppe wurde weiterhin nach dem Migrationsstatus unterschieden. Eltern mit einem Migrationsstatus sollten aus den Bevölkerungsgruppen stammen, die in Deutschland besonders stark vertreten sind. In 2015 gab es in Deutschland 17 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2017). Mit einer Bevölkerung von 2,8 Millionen stellten Personen mit einem türkischstämmigen Migrationshintergrund die größte Migrantengruppe in Deutschland dar (17 %). Zuwanderer aus der Russischen Föderation und Kasachstan waren mit 2,1 Millionen Personen die zweitgrößte Migrantengruppe (13 %).

Vor diesem Hintergrund wurden folgende vergleichende Zielgruppen gewählt:

- Eltern mit einem türkischen Migrationshintergrund
- Eltern mit russischsprachigem Migrationshintergrund
- Eltern ohne Migrationshintergrund.

In Hamburg ist die türkischstämmige Bevölkerung unter allen Personen mit Migrationshintergrund am häufigsten vertreten², während in Köln eine große Bevölkerungsgruppe russischsprachiger Aussiedler und Aussiedlerinnen bzw. Zugewanderter lebt (Statistisches Bundesamt, 2017). Um Eltern aus den Zielgruppen zu erreichen, ohne diese jeweils konkret nach den o. g. Merkmalen (Schulabschlüsse, Berufstätigkeit bzw. Einkommen oder Transferleistungsbezug) fragen zu müssen, wurde das Projektvorhaben in solchen Stadtteilen von Hamburg und Köln angesiedelt, in denen die Zielgruppen stark vertreten sind: In Hamburg war dies laut des Berichts zum Sozialmonitoring der Stadt Hamburg (2013) der Bezirk Hamburg-Mitte, und hier vor allem der Stadtteil Wilhelmsburg (45 % Menschen mit Migrationshintergrund, darunter besonders viele türkischstämmige Personen). In Köln leben die meisten russischsprachigen Zugewanderten in den Stadtbezirken Chorweiler und Porz (hier insbesondere im Stadtteil Finkenbergring). Das Projektvorhaben wurde deshalb in Hamburg im Stadtteil Wilhelmsburg mit türkischstämmigen Eltern und in Köln in den Bezirken Chorweiler und Porz mit russischsprachigen Eltern umgesetzt.

2.2 Projektstruktur

Das Vorhaben wurde durch ZIS und FOGS mit gemeinschaftlicher Projektleitung durchgeführt, wobei ZIS die Umsetzung in Hamburg und FOGS diejenige in Köln übernahm.

Die Grundidee des Forschungsvorhabens bestand darin, gemeinsam mit Fachkräften aus Migrationsverbänden und Einrichtungen für sozial Benachteiligte sowie Personen der Zielgruppen

² https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Analysen/Statistische_Analysen_06_2013.pdf

ein Konzept zu erarbeiten, welches mögliche Zugangswege zu den Zielgruppen und geeignete Aufklärungsmaterialien beinhaltet. Die entwickelten Materialien sollten anschließend einer kurzen Akzeptanztestung unterzogen werden. Hierbei war die zentrale Fragestellung, ob und welche Aufklärungsmaßnahmen von welchen Zielgruppen akzeptiert werden und über welche Zugangswege diese Maßnahmen innerhalb der Zielgruppen verbreitet werden können.

Zur Umsetzung des Projekts wurde städteübergreifend eine projektbegleitende Steuerungsgruppe eingerichtet, die sich aus Trägern aus den Bereichen Migration und Suchtprävention sowie den zuständigen Gesundheitsämtern und Bildungsträgern zusammensetzte (Tabelle 1). Zudem wurden in den Städten Hamburg und Köln regionale Arbeitsgruppen eingerichtet, die neben Kooperationspartnern aus Migrantenorganisationen und dem Gesundheitsamt auch aus Fachkräften bestanden, die mit den definierten Elterngruppen arbeiten. Diese Arbeitsgruppen dienten dazu, Zugänge zu sozial benachteiligten Eltern mit und ohne Migrationshintergrund zu eröffnen, zusammen an der Konzept- und Materialentwicklung zu arbeiten und die Projektumsetzung insgesamt zu begleiten.

Tabelle 1: Netzwerk des Projekts

Kooperierendes Netzwerk	
ZIS Hamburg	FOGS Köln
Projektbegleitende Steuerungsgruppe	
<p>Funktionen: Mitwirkung bei der Konzeption des Projektvorhabens, der Bildung regionaler Arbeitsgruppen; Bekanntmachung des Projekts</p> <p>Beteiligte: Bildung und Integration Hamburg Süd gGmbH, Kultur- und Integrationszentrum, Phoenix Köln e. V., Gesundheitsamt Hamburg-Mitte, Gesundheitsamt Köln, Büro für Suchtprävention Hamburg</p>	
Regionale Arbeitsgruppen	
<p>Funktionen: Unterstützung bei der Findung geeigneter Zugänge zu den Zielgruppen; Herstellung von Kontakten zu russisch- bzw. türkischsprachigen und deutschen Eltern in sozial schwachen Stadtteilen; Mitwirkung an der Entwicklung, Verbreitung und Bewertung von Aufklärungsmaterialien</p>	
Arbeitsgruppe Hamburg	Arbeitsgruppe Köln
<p>Beteiligte: Fachamt Gesundheit Bezirk Mitte, Schulärztlicher Dienst, Elternschulen Tor zur Welt und Wilhelmsburg, Kita Elbkinder Rotenhäuser Damm, Kodrobs Wilhelmsburg und Türkischer Elternbund Wilhelmsburg³</p>	<p>Beteiligte: Gesundheitsamt Köln, Jugendamt Köln, Phoenix e. V., Familienzentren Goldfisch, Paul-Löbe-Weg und Konrad-Adenauer-Str., Johanna-Klüwer-Wohnen (SkF Köln), Sozialraumkoordination Chorweiler</p>

Das MIRAS-Projekt war partizipativ, explorativ und stadtteilorientiert angelegt. Der partizipative Charakter des Vorhabens beinhaltete von Beginn an die Möglichkeit, das Vorgehen im

3 Der Elternbund hatte eingangs zwar eine Kooperation zugesagt, nahm dann jedoch bei den Treffen der Arbeitsgruppe nicht teil.

Laufe der Umsetzung entsprechend der Einschätzung der beteiligten Eltern (aus den Zielgruppen) und den Kooperationspartnern anzupassen. Die nachfolgende Abbildung 1 veranschaulicht die Projektstruktur, ggf. mit erfolgten Veränderungen.

Abbildung 1: Projektstruktur



Im Projektverlauf mussten einige Anpassungen an dem ursprünglich geplanten Konzept vorgenommen werden. In den Fokusgruppen und Gesprächen mit den Eltern stellte sich heraus, dass diese auf die Idee von Eltern-Peer-Gesprächen mit Ablehnung reagierten, sodass diese Maßnahme verworfen wurde. Dagegen haben die Eltern mehrheitlich als Aufklärungsmaß-

nahme kurze Aufklärungsfilme gewünscht, was dann auch realisiert wurde. Zudem wurden weitere Maßnahmen entwickelt, die zuvor nicht vorgesehen waren. Dazu zählen das Wissensquiz und die Rauchttests (siehe ausführlich 4.4).

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Projekt begann mit der Recherche von Erkenntnissen zum Rauchverhalten von Eltern und zur Passivrauchbelastung von Kindern und entsprechenden Aufklärungsmaßnahmen. Bislang bietet die Literatur allerdings wenig Hinweise zum Wissen von Eltern zu den Gefahren des Passivrauchens auf ihre Kinder sowie zu wirksamen Aufklärungsmaßnahmen zum Schutz ihrer Kinder. Erkenntnislücken bestehen insbesondere in der Frage nach den Zugangswegen zu Eltern und der Art angemessener Aufklärungsmaßnahmen. Das gilt insbesondere für die spezifischen Zielgruppen der Eltern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund, die in diesem Projekt adressiert wurden. Insofern wurde mit dem Projekt Neuland betreten. Um neue Erkenntnisse zu Zugangswegen und geeigneten Aufklärungsmaßnahmen für diese Zielgruppen zu gewinnen, besteht die Methodik in der Exploration und der Partizipation.

Das durchgängig partizipativ, explorativ und stadtteilorientiert angelegte MIRAS-Projekt erforderte die systematische Einbeziehung von unterschiedlichen Expertinnen und Experten bei

- der Konzept- und Maßnahmenentwicklung
- der Erprobung der Akzeptanz des entwickelten Konzeptes.

3.1 Methoden zur Konzept- und Maßnahmenentwicklung

Zur Konzept- und Maßnahmenentwicklung wurden Eltern aus den Zielgruppen sowie Fachkräfte aus unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen regelmäßig beteiligt. Auf der Grundlage von Fokusgruppeninterviews mit Eltern und Fachdiskussionen mit den beteiligten Einrichtungen wurden die Zugangswege und Aufklärungsmaterialien entwickelt. Durch die Partizipation sollte das Konzept auf die Zielgruppen der bildungsfernen türkischstämmigen, russischsprachigen und deutschsprachigen Eltern abgestimmt werden.

Ein zentraler Aspekt bei der Entwicklung der Aufklärungsmaterialien war, dass diese sich von dem bereits bestehenden Infomaterial (z. B. BZgA „rauchfrei“) unterscheiden sollten. Zum einen sollten Materialien getrennt für männliche und weibliche Eltern und kultursensibel für die jeweilige Herkunft sowie mit wenig Text entworfen werden. Zum anderen sollte deutlich werden, dass es nicht um den Rauchstopp der Eltern geht, sondern um die bessere Vereinbarkeit von Rauchen und Kinderschutz.

3.1.1 Einbeziehung von Fachkräften in regionale Arbeitsgruppen

In Hamburg und Köln wurde jeweils eine regionale Arbeitsgruppe (AG) gebildet, in der Fachkräfte aus lokalen Migrantenorganisationen sowie örtlichen Einrichtungen des Bildungs- und Gesundheitswesens mitwirkten. Die AG sollten einerseits den Zugang zur Zielgruppe vereinfachen und andererseits an der Entwicklung der Konzepte und Maßnahmen durch Einbringung ihrer Expertise mitwirken.

Gemeinsam mit den Mitgliedern der AG wurden Methoden und Ansprache für die Rekrutierung von Eltern aus der Zielgruppe festgelegt. Zudem haben die AG-Mitglieder die regionale Durchführung der Eltern-Fokusgruppen über ihre Einrichtungen organisiert. Die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit den Eltern wurden mit den Fachkräften aus den AG reflektiert und deren Einschätzung in die Konzeptentwicklung berücksichtigt.

3.1.2 Gespräche mit Eltern aus den Zielgruppen

Um im Sinne einer partizipativen Entwicklung auch Betroffene in die Konzeptentwicklung einzubeziehen, wurden im Projektverlauf mehrfach Eltern einbezogen, die rauchen und einen niedrigen sozialen Status aufweisen. Mit diesen Eltern fanden 2-malige herkunfts- und geschlechterhomogene Fokusgruppeninterviews statt.

Zur Gesprächsdurchführung wurden jeweils ein Leitfaden und ein Manual erstellt, wobei jede Gesprächsrunde eine spezifische Zielsetzung hatte. In der ersten Interviewphase wurden das Rauchverhalten der Eltern, ihr Wissen zu Passivrauchbelastung sowie mögliche Aufklärungswege exploriert. In der zweiten Phase konzentrierten sich die Gruppeninterviews darauf, die erarbeiteten Konzeptentwürfe (Aufklärungsmaterialien und Zugangswege) vorzustellen, mit den Eltern zu diskutieren und anschließend entsprechend zu modifizieren. Für jede Interviewphase wurde ein spezifischer Leitfaden entwickelt, der zur Strukturierung der Gruppengespräche diente.

Vorgesehen war, dass mit den ausgewählten Zielgruppen insgesamt 16 Fokusgruppeninterviews (je 8 in Köln und in Hamburg) getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund durchgeführt werden. Jede Fokusgruppe sollte aus 5–8 Teilnehmenden bestehen, sodass insgesamt 80 – 128 Personen erreicht werden sollten. Tatsächlich ließ sich diese Planung nur mit einigen Anpassungen umsetzen, die weiter unten erläutert werden (siehe Kap. 4).

Tabelle 2: Konzeption der Elterngespräche

Thematischer Interviewleitfaden
Fokusgruppen- bzw. Einzelgespräche – erste Phase
Gruppeninterviews sowie Einzelgespräche getrennt nach Geschlecht und Migrationsstatus (russisch-/türkisch- und deutschsprachig).
<u>Funktionen:</u> Beantwortung folgender zentraler Fragen:
<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist das Rauchverhalten zuhause bzw. im Familienkreis? - Was wissen die Zielgruppen zu den Belastungen des Passivrauchens? - Welche Botschaften würden von wem akzeptiert, um das elterliche Rauchverhalten zu verändern? - Welche sozialen Netzwerke werden genutzt? - Welche Zugänge zu den Zielgruppen eignen sich?
... zur Entwicklung von Konzept und Maßnahmen

Thematischer Interviewleitfaden

Fokusgruppen- bzw. Einzelgespräche – zweite Phase

Dieselben Personen werden ein zweites Mal interviewt.

Funktionen: Diskussion zu:

- Qualität
- Zielgruppenbezug und Akzeptanz der erarbeiteten Materialien und Vorgehensweisen
- kritische abschließende Bewertung/Änderungsvorschläge.

... zur Erprobung der Maßnahmen und Akzeptanztest

In Hamburg wurden die Gespräche mit Müttern auf Tonträger aufgezeichnet, die Gespräche mit Vätern wurden teilweise ebenfalls aufgezeichnet und teilweise protokolliert. In Köln wurden alle Gespräche protokolliert. Die Interviews der ersten Phase wurden entlang des Interviewleitfadens und getrennt nach Geschlecht ausgewertet. Die Ergebnisse der Interviews wurden zu den einzelnen Themenbereichen – Rauchverhalten, Wissensstand, Aufklärung und Zugangswege – zusammenfassend dargestellt.

Die zweite Runde Gespräche mit den Zielgruppen der Eltern wurde im Hinblick auf die Bewertungen der vorläufig entwickelten Materialien ausgewertet. Die Rückmeldungen der befragten Mütter und Väter zu den einzelnen Materialien wurden im Projektteam zusammengetragen und danach ausgewertet, welche Kritikpunkte und Vorschläge zu den Materialien von den meisten Eltern genannt wurden. Diese Anregungen fanden dann ihren Niederschlag in der Modifikation der Materialien, die anschließend in einem größeren Kreis von Eltern der Zielgruppen auf ihre Akzeptanz getestet wurden.

3.2 Methoden zur Erprobung der Akzeptanz

Die Erprobung der Akzeptanz der entwickelten Materialien fand in einem Zeitraum von vier Wochen statt. Um in dieser kurzen Periode möglichst umfangreiche Hinweise auf die Akzeptanz der Materialien zu gewinnen, wurden sowohl online-Methoden (über Soziale Medien und die Projektwebseite) als auch offline-Methoden (über die Verteilung gedruckter Materialien) eingesetzt. Die Verteilung der gedruckten Materialien erfolgte über Einrichtungen, die zum Netzwerk des MIRAS-Projekts gehören (siehe Tabelle 1).

Für die Akzeptanzprüfung wurden die Einschätzungen der Eltern, aber auch die der Fachkräfte eingeholt. Bei den Eltern wurde die Akzeptanz auf zwei Ebenen gemessen: Zum einen wie viele Eltern die Materialien genutzt oder mitgenommen haben und zum anderen wie sie diese Materialien bewerten. Bei den kooperierenden Fachkräften interessierte vor allem, welche Erfahrungen sie mit der Vergabe der Materialien an Eltern gemacht haben und wie sie den Nutzen und die Attraktivität der Materialien bewerten.

Zur Akzeptanzmessung wurden verschiedene Instrumente eingesetzt:

- **Poster und Wissensquiz:**
 - Dokumentation der ausgegebenen Poster sowie der ausgegebenen und mitgenommenen Quizkarten. Die Dokumentation erfolgte mittels eines standardisierten Erhebungsbogens, der folgende Bereiche umfasste:
 - Art, Orte und Umfang von Hängung/Verteilung (kurze Beschreibung)
 - Mitnahme/Nachfragen bis zum Ende des Testzeitraums
 - Art und Gelegenheit der persönlichen Ansprache von Eltern und deren Anzahl
 - Evaluation der Poster und der Quizkarten durch die Eltern, indem ein standardisierter Kurzfragebogen in den Sprachen Deutsch, Russisch und Türkisch in die Quizkarten eingelegt wurde.
 - Bekanntheit der Materialien und Bewertung, ob sie die Materialien ansprechend, interessant, verständlich und informativ finden. Beurteilung, ob sie die Materialien anderen Personen zeigen bzw. davon erzählen würden.
 - Evaluation der Poster und Quizkarten durch die kooperierenden Fachkräfte durch einen standardisierten Fragebogen und ergänzend durch persönliche Nachfragen:
 - Einschätzungen des Teams zu den Materialien und Einschätzungen zu den Reaktionen der Eltern auf die Materialien
 - Vorschläge zur Anpassung und Verbesserung
 - Einschätzungen zur Weiterführung der Maßnahmen in den Einrichtungen nach Projektende
- **MoNICBadges⁴:** Bewertung zur Anwendung und Weiterempfehlung des Rauchttests mittels eines standardisierten Kurzfragebogens in drei Sprachen. Der Evaluationsbogen wurde zusammen mit dem Badge durch die Fachkräfte an die Eltern ausgegeben.
- **Erklärfilm:** Auswertung von Filmaufrufen und Betrachtungsdauer nach Zugangsweg. Zudem wurden die Einschätzungen der Fachkräfte dazu erhoben.
- **Webseite:** Elektronische Bewertung der Materialien auf der Webseite in drei Sprachen. Die Online-Befragung entsprach inhaltlich dem gedruckten Kurzfragebogen zur Akzeptanzmessung. Webseiten-Nutzung über Google Analytics sowie Einschätzungen der Fachkräfte zur Akzeptanz der Webseite.

4 Die Analyse der Rauchttests (MoNIC-Badge) fand im Universitätsinstitut für Arbeit und Gesundheit (IST) in Lausanne statt. Den Eltern wurden die Ergebnisse der Analyse schriftlich mitgeteilt.

Abbildung 2: Maßnahmen und Indikatoren der Akzeptanzprüfung im Überblick



Die Auswertungen der erhobenen Daten zur Akzeptanzprüfung erfolgte deskriptiv. Standardisiert erhobene Daten wurden mit SPSS und getrennt nach Geschlecht und Herkunft ausgewertet (sofern diese Daten vorlagen).

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der partizipative und explorative Charakter des Projekts erforderte Flexibilität in der Umsetzung, was sowohl eine Anpassung des Zeitplans, der Methoden als auch der geplanten Konzeption beinhaltete. Der Projektverlauf mit dem Verweis auf das ursprünglich geplante Vorgehen und den erfolgten Abweichungen werden in diesem Kapitel dargestellt.

4.1 Steuerungsgruppe

Wie geplant wurde zu Projektbeginn die standortübergreifende projektbegleitende Steuerungsgruppe als beratendes Gremium des Projektteams eingerichtet. Die Steuerungsgruppe setzte sich aus Migrantenorganisationen und Trägern aus den Bereichen Suchtprävention und Jugendhilfe sowie kommunalen Jugend- und Gesundheitsämtern zusammen. Die Steuerungsgruppe hat sich im Projektverlauf zweimal getroffen; am 16.11.2015 in Köln und am 01.03.2017 in Hamburg. Im letzten Treffen wurden die Ergebnisse der Akzeptanzprüfung vorgestellt und gemeinsam Schlussfolgerungen besprochen.

4.2 Regionale Arbeitsgruppen

In beiden Städten wurden plangemäß kurz nach Projektstart regionale Arbeitsgruppen eingerichtet. Diese bestanden aus Institutionen, die mit Familien mit niedrigem sozialen Status arbeiten; dazu gehörten Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, Migrantenorganisationen, Sozialraumkoordination und kinder- bzw. schulärztliche Dienste. Um die Projektteilnahme dieser Einrichtungen sicherzustellen und um weitere zentrale Kooperationspartner einzubeziehen, fanden zu Projektbeginn sowohl viele Telefonate als auch Besuche im Sozialraum statt, auf denen das Projekt vorgestellt und für Mitarbeit geworben wurde.

Die regionalen Arbeitsgruppen dienten zum einen dazu, Kontakte zu den verschiedenen Elterngruppen herzustellen, die im Rahmen des Projekts erreicht werden sollten. Zum anderen waren die nah mit den Zielgruppen arbeitenden Fachleute für die Diskussionen zur Nutzung und Akzeptanz der Materialien von wichtiger Bedeutung. Die regionalen Arbeitsgruppen trafen sich im Projektverlauf an beiden Standorten insgesamt viermal.

- In Hamburg am 14.12.15, 09.08.2016, 31.11.2016 und am 01.03.2017
- In Köln am 17.12.2015, 10.03.2016, 17.08.2016 und am 23.03.2017

Bei den ersten Treffen der Arbeitsgruppen standen zunächst die Information zum Projekt und die Rekrutierung von Eltern für die Fokusgruppeninterviews im Vordergrund. Hierbei wurden auch zu erwartende Schwierigkeiten des Zugangs zu den Zielgruppen und alternative Zugangswege diskutiert. Im Projektverlauf wurden dann die Erkenntnisse aus den Interviews vorgestellt und Konsequenzen daraus diskutiert. Zudem wurde die Expertise der Fachkräfte aus den regionalen Arbeitsgruppen bei der Entwicklung der Materialien einbezogen. Schließlich wurden die Rückmeldungen der Fachkräfte bei der Akzeptanzprüfung berücksichtigt.

Mitwirkung von Migrantenorganisationen

Bei der Einrichtung der regionalen Arbeitsgruppen wurde initial verstärkt auch auf Migrantenorganisationen und ihre Mitwirkung im Projekt gesetzt. In beiden Städten fand das Projekt bei diesen Organisationen jedoch nicht das erhoffte Maß an Unterstützung. Das lag zum Teil an personellen Engpässen und Krankheit begründet. Doch könnte es darüber hinaus auch daran liegen, dass in den Migrantenorganisationen viel ehrenamtliche Arbeit stattfindet, die nicht beliebig erweiterbar oder für andere Aufgaben einsetzbar ist. Es mag zum Dritten auch damit zu tun haben, dass trotz eines prinzipiell partizipativen Ansatzes Migrantenorganisationen weder Mittragsteller noch Mitglied in den wissenschaftlichen Projektteams waren. Stattdessen wurden bereits vorgefertigte Ideen des Projektteams an sie herangetragen. Schließlich kann sich ausgewirkt haben, dass sich in den Vereinen vor allem Menschen engagieren, die selbst wenig Zugang zu den Zielgruppen des Projekts haben.

4.3 Elterngespräche

Bei der Projektumsetzung stellte der Zugang zu den definierten Zielgruppen eine große Herausforderung dar. Obgleich die Projektumsetzung in Stadtteilen mit einer hohen Präsenz der Zielgruppen stattfand, stellte es sich als schwierig heraus, in der kurzen Zeit ausreichend Personen zu finden, die dazu bereit waren und zudem im engeren Sinn der Zielgruppendefinition entsprachen (Eltern im Alter von 16–55 Jahren, die rauchen und Kinder im Alter von 0–16 Jahren haben, einen niedrigen ökonomischen Status aufweisen und – je nach Zielgruppe – einen Migrationshintergrund haben bzw. explizit keinen Migrationshintergrund). Es fanden dennoch wie geplant zwei Gesprächsrunden mit Eltern der Zielgruppen statt (Tabelle 3).

Tabelle 3: Durchgeführte Interviews mit Eltern nach Zielgruppen und Ort

Gruppe	Anzahl pro Ort	Gesamt
Erste Gesprächsrunde		
Deutsche Mütter	<i>Hamburg:</i> Gruppe n = 5 <i>Köln:</i> Gruppe n = 6	11
Türkischstämmige Mütter	<i>Hamburg:</i> Gruppe n = 6	6
Russischsprachige Mütter	<i>Köln:</i> n = 2 Einzelinterviews, 3 Gruppen n = 12 gesamt	14
Deutsche Väter	<i>Hamburg:</i> n = 4 Einzelinterviews, 1 Gruppe n = 3 <i>Köln:</i> n = 1 Telefoninterview	8
Türkischstämmige Väter	<i>Hamburg:</i> n = 1 Einzelinterview, 2 Gruppen n = 6 gesamt	7
Russischsprachige Väter	<i>Köln:</i> n = 2 Telefoninterviews, 1 Gruppe n = 3	5

Gruppe	Anzahl pro Ort	Gesamt
Zweite Gesprächsrunde		
Deutsche Mütter	<i>Hamburg</i> : Gruppe n = 3 <i>Köln</i> : Gruppe n = 4	7
Türkischstämmige Mütter	<i>Hamburg</i> : Gruppe n = 7	7
Russischsprachige Mütter	<i>Köln</i> : 2 Gruppen n = 5 gesamt	5
Deutsche Väter	<i>Hamburg</i> : n = 2 Einzelinterviews, <i>Köln</i> : n = 1 Einzelinterview	3
Türkischstämmige Väter	<i>Hamburg</i> : n = 1 Einzelinterview, 2 Gruppen n = 8 gesamt	9
Russischsprachige Väter	<i>Köln</i> : n = 1 Einzelinterview und 1 Vater in einer gemischten Gruppe	2

Die ersten Gesprächsrunden fanden im Zeitraum von Februar bis Juni 2016 statt. Die Eltern wurden über Kitas, Schulen, Sportvereine, Familienzentren und Kulturvereine erreicht. In den Gesprächen wurden das Rauchverhalten, das Wissen zu Passivrauchbelastung sowie mögliche Aufklärungswege exploriert. Insgesamt wurden 31 Mütter und 20 Väter interviewt.

Die zweiten Elterngespräche fanden von Oktober bis Dezember 2016 statt. Nach Möglichkeit sollten wieder diejenigen Eltern erreicht werden, die bereits an den ersten Gesprächen teilgenommen hatten. Das gelang weitgehend nicht, sodass neue Teilnehmende einbezogen wurden. Die Gespräche der zweiten Runde dienten dazu, die ersten Entwürfe der Materialien und von Zugangswegen mit den Eltern zu diskutieren und ihre Vorstellungen für die abschließende Konzepterarbeitung einzuholen. Insgesamt nahmen 19 Mütter und 14 Väter an diesen Interviews teil.

Die Gespräche erfolgten leitfadengestützt und wurden z. T. aufgezeichnet, z. T. schriftlich protokolliert. In Hamburg erhielten die interviewten Eltern jeweils 20 Euro Aufwandsentschädigung pro Gespräch. In Köln wurde zunächst auf eine Bezahlung nach Diskussion mit den dortigen Fachkräften verzichtet, in der zweiten Runde wurden ebenfalls Aufwandsentschädigungen ausgegeben. Das vorgesehene Ziel, insgesamt mindestens 80 Eltern zu interviewen, wurde mit einem großen zeitlichen und personellen Aufwand knapp erreicht.

Zugang zu sozial benachteiligten Eltern

Der Zugang zu den Zielgruppen gestaltete sich deutlich schwieriger als ursprünglich erwartet – insbesondere zu den Vätern. Notwendig waren deutlich mehr Vor-Ort-Präsenz, das Erschließen gänzlich neuer Zugangswege (beispielsweise über Fußballvereine), der Zugang per Schneeballsystem und die Umsetzung verschiedener Befragungsmethoden. Zwar waren ursprünglich face-to-face Gruppengespräche vorgesehen, doch war es teilweise notwendig, Einzelgespräche und in Ausnahmen sogar telefonische Interviews durchzuführen. Aus den genannten Gründen musste auch der ursprünglich vorgesehene Zeitrahmen für die Gespräche verlängert werden.

Die Schwierigkeiten im Zugang lagen vor allem darin begründet, dass das Thema Rauchen und Elternschaft sehr tabuisiert ist und potenzielle Mitglieder der Zielgruppen befürchteten, wegen ihres Rauchens stigmatisiert zu werden. Insbesondere in Köln verwiesen die Fachkräfte aus den Einrichtungen darauf, dass die Eltern ihr Rauchen verheimlichen und daher nicht bereit sind, sich öffentlich als Rauchende vorzustellen und darüber zu reden. Diese Barriere ließ sich nur durch eine sehr genaue Aufklärung zu den Projektzielen senken. Eine weitere Problematik bestand in dem Zielgruppenkriterium „soziale Benachteiligung“. Bildungsferne rauchende Eltern sind nicht so leicht zu einer Teilnahme an einer Fokusgruppe zu motivieren.

In der Arbeitsgruppe diskutierten wir, ob die Zahlung einer Aufwandsentschädigung die Teilnahmebereitschaft erhöhen kann. In Hamburg votierten die Beteiligten in der regionalen Arbeitsgruppe dafür und so wurde hier eine Aufwandsentschädigung von 20 Euro pro Teilnahme an einer Fokusgruppe gezahlt, obgleich eine Aufwandsentschädigung im Budget nicht vorgesehen war. Die Erfahrungen in Hamburg deuten darauf hin, dass ein finanzieller Anreiz die Realisierung der Gruppengespräche gefördert hat. Demgegenüber hatte die Kölner Arbeitsgruppe zunächst davon abgeraten, eine Aufwandsentschädigung zu zahlen. Ein freundlicher und wertschätzender Gesprächsrahmen mit Bewirtung (Kaffee, Tee, Wasser, Gebäck und Obst) wurde als zielführender bewertet. Nach Diskussion der anfänglich unbefriedigenden Rekrutierungsergebnisse wurde die Frage erneut diskutiert. Einige Teilnehmende waren weiterhin zurückhaltend, andere votierten jedoch dafür, es mit einer Aufwandsentschädigung zu versuchen. Insbesondere für die Gewinnung von Vätern erschien dies als hilfreich und wurde deshalb zukünftig angeboten. Doch konnte in Köln kein wesentlicher Effekt der Aufwandsentschädigung festgestellt werden. Hilfreicher erschien ein persönlicher Bezug bzw. eine direkte Ansprache über relevante Bezugspersonen, wie beispielsweise Beschäftigte in Regeleinrichtungen.

Die grundsätzlichen Zugangsschwierigkeiten wiederholten sich bei der zweiten Runde von Gruppengesprächen. Eltern, die zuvor bereits gut für Gespräche motiviert werden konnten, hatten zwar meistens zu einem zweiten Gespräch zugesagt. Mitunter waren die entsprechenden Eltern jedoch nicht mehr in den Einrichtungen präsent oder waren aus anderen Gründen verhindert, sodass eine erneute Gesprächsteilnahme nicht möglich war.

Insgesamt zeigen die Erfahrungen deutlich, dass der Zugang zu sozial benachteiligten Eltern mit und ohne Migrationshintergrund viel Zeit erfordert (Monate). Insbesondere offene Gespräche zu diesem tabuisierten Thema erfordern den Aufbau von Vertrauen.⁵ Die Vermittlung durch Vertrauenspersonen (optimalerweise durch Mitwirkung von Personen der gleichen Herkunft) scheint ebenso wie der zugehende Ansatz durch Präsenz in bestimmten Einrichtungen (bei Vätern eher Freizeiteinrichtungen, bei Müttern eher Bildungs- und Gesundheitsangebote) für den Zugang eine maßgebliche Rolle zu spielen.

5 Hierzu passt auch die Ablehnung der Peer-Gespräche als Aufklärungsmaßnahme durch die Zielgruppe, siehe Kap. 5, S. 24.

4.4 Entwicklung Maßnahmenkonzept und Materialien

Ein Ziel des Projekts war es, mit verschiedenen qualitativen und quantitativen Methoden unterschiedliche Formen des Zugangs (persönlich, online) zu entwickeln, verschiedene Aufklärungsmaterialien oder -maßnahmen (Flyer, Internet, Gespräche) zu erproben und eine Akzeptanzprüfung vorzunehmen. Im Projektantrag waren Flyer, eine über soziale Netzwerke beworbene Aufklärung per Webseite sowie Eltern-Peer-Gespräche konzipiert und mit entsprechenden Kosten kalkuliert. Infolge des Partizipationsprozesses zeigte sich, dass die eingangs geplanten Maßnahmen und somit auch das Budget an die Vorstellungen der Zielgruppen angepasst werden mussten. Vor allem die Eltern-Peer-Gespräche sind auf Ablehnung gestoßen und gewünscht wurde mehrheitlich eine visuelle, filmische Aufklärung, was eine weitere finanzielle Unterstützung erforderte. Den gewünschten Änderungen hat das BMG stattgegeben, so dass die Materialien und Maßnahmen im Einklang mit der Zielgruppe und den kooperierenden Fachkräften entwickelt werden konnten.

Die Gespräche mit Zielgruppenpersonen ergaben auch, dass die Materialien geschlechterbezogen gestaltet werden sollten, eine spezifische Ansprache nach Herkunft wurde hingegen als überflüssig erachtet. Die Vermittlung und Bewerbung der Materialien sollte einerseits über eine persönliche Ansprache durch Fachkräfte in relevanten Einrichtungen und andererseits über soziale Medien laufen.

4.4.1 Poster

Die ursprünglich geplanten Flyer wurden konzeptionell stark modifiziert. So wurden farbige Poster in DIN A3 und DIN A4 entwickelt, die drei zentrale Regeln zum Schutz der Kinder vor Passivrauch vorstellen. Als Eyecatcher für die Ansprache beider Geschlechter, werden ein rauchender Vater (mit blauem Hintergrund) und eine rauchende Mutter (mit himbeerfarbigem Hintergrund) gezeigt. Beide Postermotive wurden in den drei Sprachen Deutsch, Türkisch und Russisch gedruckt. Die Poster wurden in Kitas, Vereinen und in Einrichtungen des Gesundheitswesens ausgehängt.

Abbildung 3: Poster deutschsprachig (links: Mutterposter, rechts: Vaterposter)



www.kinder-zigarettenrauch.de

MIRAS
Miteinander Rauchbelastung senken



www.kinder-zigarettenrauch.de

MIRAS
Miteinander Rauchbelastung senken

4.4.2 Wissensquiz

Um Informationen und Wissen zu transportieren und damit die drei oben genannten Regeln zu begründen, wurde im Sinne einer spielerischen Aufklärung ein Wissensquiz zum Thema Passivrauchen entworfen. Das Quiz besteht aus sechs Wissensfragen und ausführlichen Antworten auf diese Fragen. Alle Fragen und Antworten sind in einer durch Zielgruppe und regionale Arbeitsgruppen überprüften verständlichen Formulierung verfasst. Gestalterisch ist das Quiz an die Motive der Poster angelehnt, wurde aber im Format DIN A5 als Klappkarte gedruckt. Die Quizkarten sind ebenfalls in drei Sprachen erhältlich und richten sich direkt an die Zielgruppe. Sie wurden in den kooperierenden Einrichtungen ausgelegt sowie persönlich an die Eltern ausgegeben.

Abbildung 4: Wissensquiz, Seite 2, deutschsprachig

Testen Sie Ihr Wissen	Lösungen
<p>1. Wie hoch ist der Anteil des Zigarettenrauchs, den Rauchende selbst einatmen?</p> <p>a. 85 % b. 45 % c. 15 %</p>	<p>Antwort 1 c: Eine rauchende Person atmet 15 % des Zigarettenrauchs selbst ein. 85 % werden an die Raumluft abgegeben und können von Kindern eingeatmet werden, die sich in der Nähe aufhalten.</p>
<p>2. Schadet es meinem Kind, wenn ich in einem anderen Zimmer oder bei geöffnetem Fenster rauche?</p> <p>a. Ja b. Nein</p>	<p>Antwort 2 a: Der Rauch von Zigaretten zieht in alle Räume und kann bis zu 5 Stunden in der Luft bleiben — auch wenn man ihn nicht mehr riecht. So lange atmen Kinder die Giftstoffe ein. Besonders hoch ist die Gefahr für Kinder, wenn im Auto geraucht wird — auch bei geöffnetem Fenster.</p>
<p>3. Welche gesundheitlichen Probleme können Kinder bekommen, wenn in ihrer Nähe geraucht wird?</p> <p>a. Ohreninfektionen b. Kopfschmerzen, Schlafstörungen c. Plötzlicher Kindstod d. Husten, Bronchitis, Lungenentzündung</p>	<p>Antwort 3 a, b, c und d: Wenn Kinder Tabakrauch ausgesetzt sind, wird ihr Immunsystem geschwächt, weil sie häufiger als Erwachsene einatmen und ihr Körper Giftstoffe schlechter abwehren kann. Daher sind Kinder aus Raucherhaushalten anfälliger für verschiedene Erkrankungen.</p>
<p>4. Wie lange müssen Kinder in Räumen Tabakrauch ausgesetzt sein, bevor sie gesundheitliche Schäden erleiden können?</p> <p>a. 5 Minuten b. 30 Minuten c. 5 Stunden</p>	<p>Antwort 4 b: Atmen Kinder 30 Minuten Tabakrauch ein, entstehen deutliche Schäden an den Arterien, also an den Blutgefäßen, die ihre Organe mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgen.</p>
<p>5. Was belastet die Luft in einer Garage in 30 Minuten mehr?</p> <p>a. Drei Zigaretten b. Ein laufender Dieselmotor</p>	<p>Antwort 5 a: Drei gerauchte Zigaretten belasten die Luft in einer Garage stärker als die Abgase eines laufenden Dieselmotors.</p>
<p>6. Schütze ich mein Kind ausreichend, wenn ich nach dem Rauchen lüfte?</p> <p>a. Ja b. Nein</p>	<p>Antwort 6 b: Nein, die Schadstoffe der Zigarette setzen sich an Möbeln, Teppichen, Vorhängen und Autositzen fest und werden von dort wieder an die Raumluft abgegeben. Sie haften auch an Haut und Kleidung und können von dort direkt in den Körper von Kindern gelangen. Deshalb ist es wichtig, Wohnräume und Autos komplett rauchfrei zu halten und sich nach dem Rauchen die Hände zu waschen.</p>

4.4.3 Erklärfilm

Die befragten Eltern und auch die Fachleute aus den kooperierenden Einrichtungen votierten einstimmig für kurze Erklärfilme, die verschiedene Alltagsszenen in Hinblick auf Passivrauchbelastung darstellen. Diese Filme sollten unterschiedliche Lebenssituationen thematisieren und Lösungen vorstellen. Vielfach gewünscht wurden beispielsweise Szenen wie „Rauchen zuhause“, „Besuch von rauchenden Großeltern“ und „Rauchen im Auto“.

Im Rahmen der Konzeptentwicklung wurde beispielhaft *ein* animierter Erklärfilm in drei Sprachen (russisch, türkisch und deutsch) produziert. Das von einer Fachfirma gezeichnete

und animierte Video hat eine Länge von 60 Sekunden und veranschaulicht anhand einer vierköpfigen multikulturellen Familie das Rauchverhalten und die Passivrauchbelastung in der eigenen Wohnung. Es wird aufgezeigt, wie rauchende Eltern ihre Kinder durch einfache Verhaltensänderungen vor Passivrauchbelastung schützen können. Der Film wurde über Facebook und YouTube vertrieben und ist über die eigens erstellte Webseite zum Projekt abrufbar.

4.4.4 Rauchtest – MoNIC Badge

In den Gesprächen mit den Eltern wurde deutlich, dass sie konkrete Rückmeldung über die tatsächliche Belastung durch Rauchen in der Nähe von Kindern wünschen, insbesondere Väter waren sehr an Fakten im Rahmen von Aufklärung interessiert. Um die Aufklärungsbotschaften der Poster und des Wissensquiz konkret erfahrbar zu machen, wurden kleine Testgeräte zur Messung der Passivrauchbelastung als ein weiteres Medium eingeplant. Das Universitätsinstitut für Arbeit und Gesundheit (IST) in Lausanne hat einen einfach anzuwendenden „MoNIC Badge“ zur Messung der Passivrauchbelastung entwickelt, der vom Informationszentrum für Tabakprävention (CIPRET) zur Messung der Tabakexposition eingesetzt wird (ursprünglich im Kontext beruflicher Settings).

Abbildung 5: MoNIC Badge



Quelle: Huynh, C.K. et al, 2008.

Das IST stellte dem MIRAS-Projekt die Tests sowie die Analysen der Tests zur Verfügung. Dafür möchten wir uns an dieser Stelle ausdrücklich bedanken! Die Fachkräfte einiger der kooperierenden Einrichtungen erklärten sich bereit, die Tests an interessierte Eltern auszugeben. Die Eltern erhielten die Ergebnisse postalisch direkt aus Lausanne, jedoch erst nach einigen Wochen. Die Testergebnisse sind lebenspraktisch verstehbar, da sie die Zahl von Zigaretten angeben, die das Kind während der Testphase geraucht hat.

4.4.5 Webseite

Für das MIRAS-Projekt wurde eine dreisprachige Webseite eingerichtet, über die alle Printmaterialien auch elektronisch verfügbar sind. Die Webseite ist erreichbar unter: www.kinder-zigarettenrauch.de, sie wird auch nach Projektende weitergeführt. Das Wissensquiz kann ausgedruckt oder online bearbeitet werden. Zudem ist der Erklärfilm über die Webseite erreichbar.

4.5 Akzeptanzprüfung

Aufgrund des hohen Zeitbedarfs, der für den Zugang zu den Zielgruppen und die Entwicklung der Materialien benötigt wurde, konnte die Akzeptanzprüfung erst im letzten Quartal des Projekts stattfinden. Die Erprobung der Akzeptanz von Materialien und Vermittlungswegen fand vier Wochen lang vom 10.01.–10.02.2017 statt.

Gemäß der Projektplanung stellte die Akzeptanzprüfung eine Art Pilottest dar und kann lediglich erste Hinweise zur Akzeptanz der entwickelten Maßnahmen bei den Zielgruppen liefern. Für solidere Erkenntnisse ist eine zeitlich und räumlich breitere Akzeptanzprüfung notwendig.

Die Akzeptanzprüfung basierte auf:

- a) der Verteilung der gedruckten Materialien (Poster, Wissensquiz) und der Badges in den kooperierenden Einrichtungen in Hamburg und Köln
- b) der Nutzung der elektronischen Medien (Webseite, Erklärfilm, Online-Quiz)
- c) den Ergebnissen aus der Bewerbung der Webseite und des Erklärfilms in sozialen Medien.

4.5.1 Verteilung gedruckter Materialien in den Einrichtungen

Die Poster und Karten mit dem Wissensquiz wurden in elf Einrichtungen im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg verteilt: Zwei Standorte einer Elternschule, einer Kita, dem Schulärztlichen Dienst, drei Beratungsstellen (Migranten-, Erziehungs- und Suchtberatung), dem Jugendamt und in den Gaststätten von zwei Sport-/Fußballvereinen (davon eine türkisch). Auf Wunsch der Hamburger Arbeitsgruppe wurden die Poster in Hamburg im Format DIN A3 hergestellt.

In Köln wurden die Materialien in insgesamt neun Einrichtungen in zwei „Brennpunkt-Bezirken“ (Chorweiler und Porz) mit hohem Anteil russischstämmiger Bevölkerung verteilt: Vier Familienzentren/Kitas (davon eine russischsprachig), drei Vereine im Bereich Bildung, Kultur, Freizeit (davon zwei russischsprachige, einer mit stadtweitem Einzugsgebiet), dem Mutter-Kind-Wohnen, dem Gesundheitsamt (Kinder- und Jugendärztlicher Dienst für die beiden Stadtteile und zentral für die ganze Stadt). Die Kölner Arbeitsgruppe hatte für Poster in DIN A4 votiert, um sie flexibler nutzen zu können, weshalb die Poster in Köln in diesem Format genutzt wurden.

Insgesamt wurden an die kooperierenden Einrichtungen 78 Poster verteilt (Tabelle 4). Die russischsprachigen Poster wurden nur in Köln und die türkischsprachigen Poster nur in Hamburg ausgegeben. Die deutschsprachigen Poster wurden in beiden Städten verteilt. Die Poster blieben nach Projektende bei den Einrichtungen.

Tabelle 4: Verteilte Poster

Ort	Poster			
	Frau DE	Frau TR/RU	Mann DE	Mann TR/RU
HH – ausgegeben	8	8	11	11
Köln – ausgegeben	13	13	9	5
Gesamt	21	21	20	16

An die Einrichtungen wurden zudem insgesamt 987 Quizkarten verteilt, die zur Mitnahme ausgelegt wurden. In Hamburg wurden Quizkarten in den Sprachen Deutsch und Türkisch und in Köln in den Sprachen Deutsch und Russisch verteilt.

Zehn Einrichtungen (je fünf in Hamburg und in Köln) haben zudem persönlich Badges an Eltern ausgeteilt. Über Film und Webseite waren alle Einrichtungen informiert und dazu aufgerufen, beides den Eltern bei Gelegenheit nahezubringen.

4.5.2 Online Verbreitung

Der Erklärfilm wurde von einer spezialisierten Agentur erstellt und mit einem Werbebutton bei Facebook und bei YouTube beworben. Die Bewerbung in diesen sozialen Medien richtete sich an die Zielgruppe der Eltern, die Kinder in einem Alter von einem bis 18 Jahren⁶ haben und keinen höheren Bildungsabschluss aufweisen. Die Bewerbung in den sozialen Medien erfolgte vom 16. Januar bis 10. Februar 2017 in den drei Sprachen Deutsch, Türkisch und Russisch, wobei die Bewerbung in den letzten beiden Sprachen aufgrund des Übersetzungsaufwands leicht zeitversetzt eingestellt wurde. Mit der Bewerbung in den sozialen Medien wurde zudem ein Link auf die MIRAS-Webseite verknüpft, um auch diese zu bewerben.

Die Akzeptanz des Films wurde über die Anzahl seiner Aufrufe in den sozialen Medien und die Dauer der Betrachtung gemessen. Die Akzeptanz der Webseite wurde über die Aufrufe, Nutzungsprofile und die Nutzungsdauer gemessen⁷.

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit den Eltern sowie die Erkenntnisse aus der Akzeptanzprüfung dargestellt. In der ersten Gesprächsphase sind insgesamt 31 Mütter und 20 Väter befragt worden. In der zweiten Gesprächsphase wurden 19 Mütter und 14 Väter erreicht. Die Ergebnisse aus den Gruppengesprächen mit den Eltern werden zusammenfassend dargelegt.

5.1 Rauchverhalten und Aufklärungswünsche der Eltern

Die 51 in der ersten Gesprächsrunde befragten deutschen, türkischstämmigen und russischsprachigen Eltern berichteten von einem heterogenen Rauchverhalten. Zumeist rauchen die deutschen sowie die russischsprachigen Mütter nicht in den Wohnräumen und nicht in Anwesenheit der Kinder, sondern draußen. Wenige dieser Frauen bestätigten allerdings, auch in der

6 Eine Eingrenzung der Kinder-Altersgruppen auf „bis 16 Jahre“ war aufgrund der Anbieterkriterien nicht möglich.

7 Die Webseite ist mit Google Analytics verknüpft.

Küche oder im Wohnzimmer zu rauchen, wenn die Kinder nicht zuhause sind. Die türkischstämmigen Mütter hingegen rauchen zumeist in der Küche oder im Wohnzimmer, gleiches gilt auch für ihre Ehemänner. Den Kindern wird verboten, diese Räume während des Rauchens zu betreten und anschließend wird gelüftet. Fast alle befragten Väter sagten, dass sie nicht innerhalb der Wohnung oder im Auto rauchen, um Kinder vor dem Rauch fernzuhalten. Sie rauchen entweder draußen im Garten oder auf dem Balkon. Lediglich einige türkischstämmige Väter gaben zu, auch im Wohnzimmer oder im Auto in Anwesenheit ihrer Kinder zu rauchen.

Im Hinblick auf das Wissen und die Informationswege zeigte sich, dass bei nahezu allen befragten Eltern, ebenso wie bei vielen Fachleuten aus den Arbeitsgruppen Wissenslücken in Bezug auf das Händewaschen und die Rauchbelastung von Kleidung, Möbeln, Teppichen bestehen. Zwar wissen die Eltern um die Gesundheitsgefahren des Rauchens, sind aber höchst selten zu den Gefahren des Passivrauchens aufgeklärt worden. Einige wenige Mütter berichteten, während ihrer Schwangerschaft rudimentäre Informationen zum Passivrauch durch Hebammen oder Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten zu haben.

Bei den Fragen zu den gewünschten Maßnahmen wurde deutlich, dass die befragten Eltern teilweise deutlich andere Vorstellungen zu den Informationswegen und Aufklärungsbotschaften hatten als im Projektentwurf ursprünglich geplant. So wurden die vorgeschlagenen persönlichen Eltern-Peer-Gespräche nahezu durchgängig abgelehnt und demzufolge seitens der Projektgruppe verworfen. Mehrheitlich wünschten sich die Mütter wie die Väter konkrete, anschauliche und übersichtliche Informationen mit „wenig Text“ zu den Gefahren des Passivrauchens. Alle Mütter sowie einige Väter votierten vorrangig für eine Aufklärung in bildlicher Form, wobei die Auswirkungen des Passivrauchs auf Kinder abschreckend und emotional dargestellt werden sollten. Vor allem von den Müttern wurde der Wunsch nach einem kurzen Video aus Aufklärungsmaßnahme geäußert. Die Präsentation des Videos könnte mobil per Tablet oder Smartphone und auch durch Videoscreens in Arztpraxen (Gynäkologie, Kinderheilkunde) und an U-Bahnhaltestellen erfolgen. Des Weiteren haben die Mütter soziale Medien wie Facebook oder YouTube als einen Informationsweg genannt, den sie im Alltag regelmäßig nutzen. Der Sinn von Flyern zur Aufklärung wurde insgesamt eher bezweifelt, wenngleich auch Bedarf nach Wissensvermittlung geäußert wurde. Ansprechende Flyer sollten einfach gehalten sein, mehr Bilder als Text enthalten und Regeln für das Rauchen für Eltern mit Kindern beinhalten. Als Zugangswege zu Eltern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wurden Hebammen, Kinder- und Frauenärztinnen und -ärzte (Information über Medien im Wartezimmer und direkte Ansprache) sowie Kitas und Schulen genannt. Insbesondere die Väter betonten die Wirkung der Aufklärung über „Autoritäts- bzw. Respektspersonen“.

Die gesammelten Erkenntnisse aus den Elterngesprächen wurden im Projektteam und in den regionalen Arbeitsgruppen reflektiert. Ausgehend von den Bedarfen der Eltern und den Diskussionen in Team und den Arbeitsgruppen wurden Aufklärungsmaterialien und Zugangswege entwickelt, die dann wiederum den Eltern und den Arbeitsgruppen zur Diskussion vorgelegt wurden. Entworfen wurden Poster und Flyer mit unterschiedlichen Texten und Motiven, ein Wissensquiz sowie eine Webseite. Um die Anregungen der Eltern nach konkreten und anschaulichen Wegen der Aufklärung nachzukommen, wurden ein Erklärfilm und Passivrauchtests in den Maßnahmenkatalog aufgenommen.

In der **zweiten Gesprächsphase** wurden den erreichten 33 Müttern und Vätern die entwickelten Materialien vorgelegt, um von ihnen eine Einschätzung zu den Motiven, der Gestaltung und der Verständlichkeit der Informationen zu erhalten. Die Eltern haben über die Poster, das

Wissensquiz, die Rauchttests diskutiert und abgestimmt. Zudem haben sie über den Entwurf der multikulturellen Familie für den Erklärfilm diskutiert und weitere Verbesserungsvorschläge benannt. Geplant war, die Aufklärung zu Passivrauchbelastung und deren Vermeidung geschlechterdifferenziert für Mütter und Väter zu gestalten. Aus Sicht der befragten Eltern war eine Geschlechterdifferenzierung jedoch nicht nötig, wohl aber die – ebenfalls geplante – Verfügbarkeit der Materialien in der jeweiligen Herkunftssprache.

Unter Berücksichtigung der Wünsche der befragten Eltern und der Anregungen aus den Arbeitsgruppen wurden die Materialien erstellt, sie stehen zum Download auf der Webseite www.kinder-zigarettenrauch.de zur Verfügung.

Um Aufschluss zur Akzeptanz der Materialien in einem erweiterten Kreis der Zielgruppe zu erhalten, sind diese in einem Zeitraum von vier Wochen getestet worden. Die Hinweise aus der Akzeptanzprüfung lassen erste Schlussfolgerungen zum Gelingen des Zugangs zu den spezifischen Zielgruppen und der Verbreitung von Aufklärungsbotschaften zu. Die Ergebnisse aus der Akzeptanzprüfung werden im Folgenden vorgestellt.

5.2 Nutzung und Bewertung der gedruckten Materialien

Im Zusammenhang mit den gedruckten Materialien haben die kooperierenden Fachkräfte und die Eltern die Poster mit den beiden Motiven sowie die Karten mit dem Wissensquiz bewertet. Vor Beginn der Akzeptanzprüfung wurden diese Materialien an die kooperierenden Einrichtungen ausgegeben. Während die Poster in den Einrichtungen verblieben, wurde zum Ende der Akzeptanzprüfung gezählt, wie viele der ausgegebenen Quizkarten mitgenommen bzw. verteilt worden sind. Diese Anzahl wird als Nutzungsquote betrachtet, selbst wenn vielleicht nicht alle der mitgenommenen Quizkarten im gedachten Sinn genutzt wurden (Tabelle 5).

Tabelle 5: Verteilte und genutzte Quizkarten

Wo	Quizkarten			
	Frau DE	Frau TR/RU	Mann DE	Mann TR/RU
HH – ausgegeben	81	145	126	164
Nutzungsquote	38 %	14 %	54 %	61 %
Köln – ausgegeben	120	121	110	121
Nutzungsquote	28 %	59 %	32 %	55 %

Insgesamt wurden 43 % der 987 ausgelegten Quizkarten mitgenommen. Auch wenn nicht klar ist, ob alle Quizkarten auch wirklich gelesen wurden, kann das im Rahmen der einmonatigen Testphase durchaus als Erfolg bewertet werden. Zugleich wird deutlich, dass sich die Nutzungsquoten zwischen den Standorten und Zielgruppen unterscheiden. Diese Unterschiede sind im Wesentlichen auf drei Faktoren zurückzuführen:

1. Manche Standorte für die Aufstellung der Poster und Quizkarten waren geeigneter, da sie gut sichtbar waren.
2. Die Nutzungsquoten waren höher, wenn Eltern sich in einer Einrichtung länger aufhalten und somit die Zeit haben, die Quizkarten wahrzunehmen und zu nutzen.

3. Besonders positiv hat sich ausgewirkt, wenn Eltern von den Fachkräften persönlich auf die Materialien hingewiesen wurden und ihnen aktiv eine Quizkarten und/oder ein Rauchtest (MoNIC Badge) mitgegeben wurde.

Bewertungen

Bewertung durch die Fachkräfte:

Die Poster fanden unterschiedlichen Anklang: Sie wurden überwiegend als „grundsätzlich gut“, vereinzelt aber auch als unpassend bewertet. Für einige Fachkräfte waren die Motive mit dem rauchenden Elternteil zu „harmlos“, für andere zu „drastisch“. Durchgängig wurde begrüßt, dass die Poster alle wesentlichen Verhaltensregeln zum Schutz von Kindern vor Passivrauch kurz und bündig darstellen und dass sie in Warte- und Eingangsbereichen gut einsetzbar sind. Manche Fachkräfte berichteten allerdings, dass Eltern wiederholt keinen Zugang zu den Informationen fanden, weil sie nicht in der Lage waren, den Text auf den Postern zu lesen.

Die Quizkarten wurden von den Fachkräften und ihren Teams überwiegend als sehr positiv bewertet. Aus ihrer Sicht bietet das Quiz eine „spielerische Art der Wissensvermittlung“ und interessante und neue Informationen, die sowohl für die Eltern als auch für Fachkräfte gut nutzbar sind. Mitunter wurde angemerkt, dass der Text auf der Quizkarte zu klein gedruckt und damit schwer lesbar sei.

Insgesamt zeigen die Bewertungen, dass einige Einrichtungen die Poster, andere die Quizkarten bevorzugen – ohne nennenswerte Unterschiede in Bezug auf Motiv oder Sprache. Kritisch wurde angemerkt, dass der vierwöchige Zeitraum für die Akzeptanzprüfung zu kurz war. Dies galt umso mehr, wenn der Testzeitraum nicht in die aktuelle Situation in der Einrichtung passte, zum Beispiel wenn eine Schlüsselperson krankheitsbedingt ausfiel.

Bewertung durch Eltern:

Von Eltern lagen insgesamt 155 schriftliche Bewertungen vor (Tabelle 6). Das ist angesichts der kurzen Testphase eine hohe und relevante Zahl, die es erlaubt, wertvolle Hinweise aus Sicht der Zielgruppen zur Akzeptanz der Materialien abzuleiten.

Auffallend ist, dass sich in Hamburg ein ausgewogenes Verhältnis an Frauen und Männern aus den Zielgruppen an der Bewertung beteiligt haben, während in Köln sehr viel mehr Frauen mitwirkten (87 %). Auch bei anderen Merkmalen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Städten. In Hamburg haben signifikant mehr rauchende Eltern an der Befragung zur Akzeptanz teilgenommen (61 % vs. 46 %). In Hamburg haben tendenziell mehr Eltern die Materialien in deutscher Sprache genutzt (59 %), während in Köln mehrheitlich Materialien in russischer Sprache mitgenommen wurden (62 %). Insgesamt sind Eltern mit Migrationshintergrund gut erreicht worden, was sich an deren Herkunftssprache zeigt. In Hamburg gaben die Hälfte der Eltern Türkisch und in Köln sogar knapp 60 % Russisch als Herkunftssprache an.

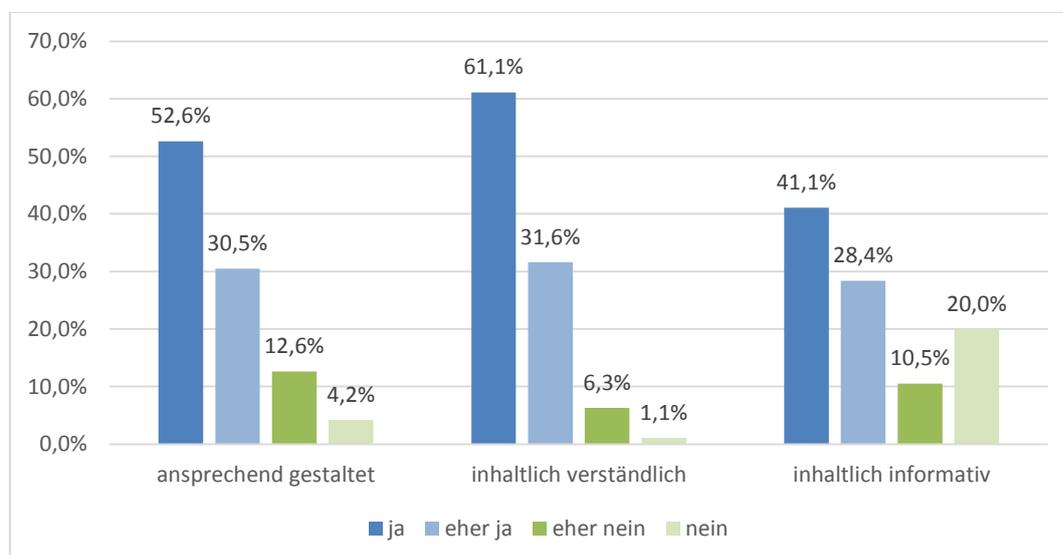
Tabelle 6: Merkmale der Eltern, die den Akzeptanzfragebogen zurückgegeben haben

	Hamburg (N = 87)	Köln (N = 68)	Gesamt (N = 155)
Geschlecht	43 % w 56 % m	87 % w 12 % m	69 % w 29 % m
Alter	Ø 38,8 (23–60 J.)	Ø 39,0 (20–65 J.)	Ø 38,9
mind. 1 Raucher/ Raucherin im Haushalt	61 %	46 %	54 %
Sprache, in der die Ma- terialien genutzt wur- den	DE 59 % TR 41 %	DE 38 % RU 62 %	DE 50 % TR 24 % RU 26 %
Herkunftssprache	DE 40 % TR 50 % RU 2 % andere 8 %	DE 25 % TR 5 % RU 59 % andere 11 %	DE 33 % TR 31 % RU 27 % andere 9 %
Bewertung des Mutterposters	51 % (N = 44)	77 % (N = 52)	62 % (N = 96)
Bewertung des Vaterposters	61 % (N = 53)	49 % (N = 33)	56 % (N = 86)
Bewertung des Wissensquiz	95 % (N = 83)	97 % (N = 66)	96 % (N = 149)

*w = weiblich, m = männlich; DE = deutsch, TR = türkisch, RU = russisch

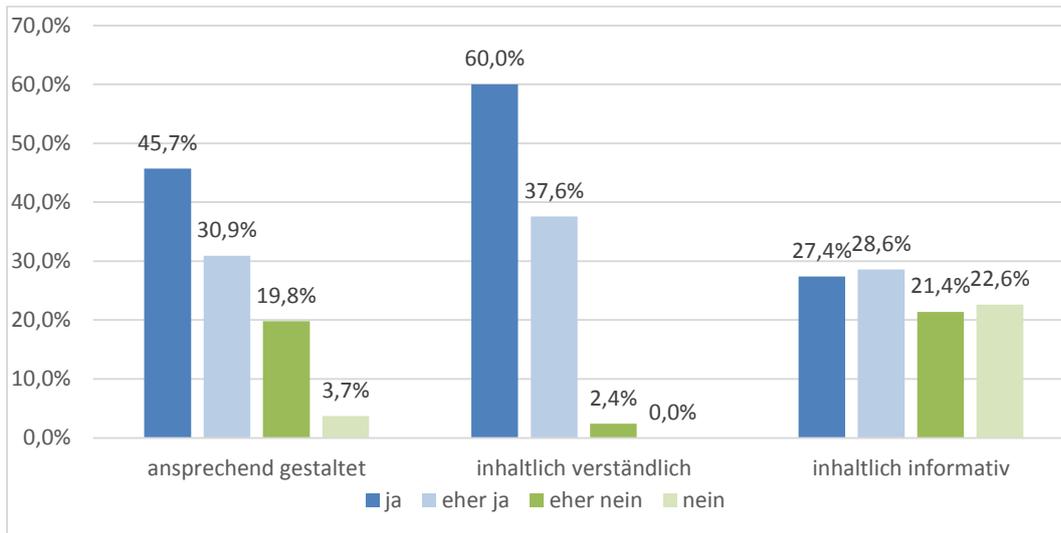
Insgesamt wurden die Materialien von Personen bewertet, die zu 54 % in einem Haushalt mit mindestens einem Raucher oder einer Raucherin wohnen. 62 % der 155 Eltern haben das Mutterposter bewertet – mit einem signifikant höheren Anteil in Köln. Des Weiteren haben 56 % Eltern das Vaterposter bewertet – mit einem höheren Anteil in Hamburg. Die beiden Poster haben einen identischen Text. Fast alle Eltern haben sich zur Akzeptanz des Wissensquiz geäußert.

Abbildung 6: Bewertung des Posters mit Muttermotiv (N = 96)



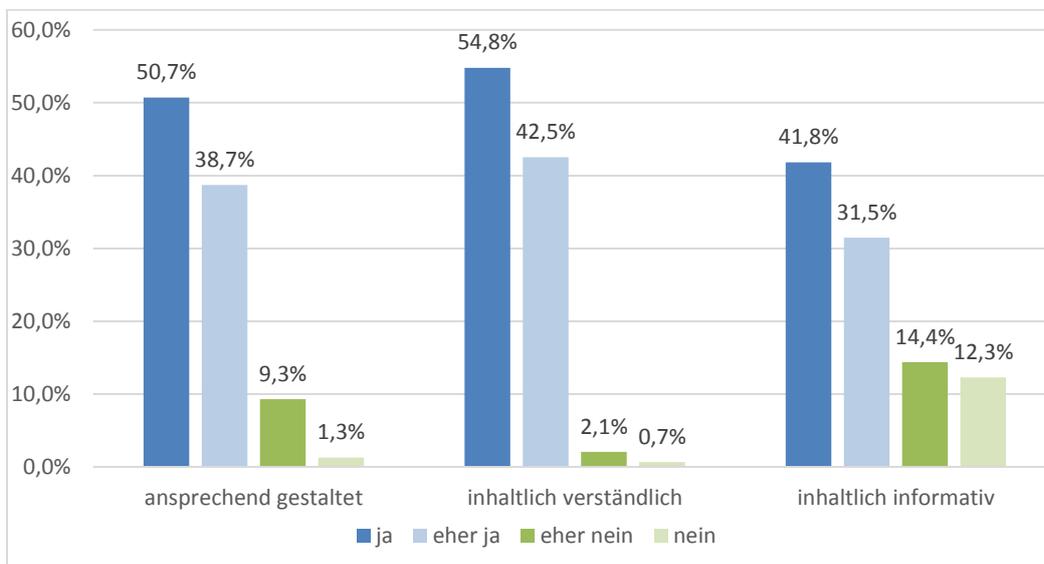
Die Mehrheit der 96 Eltern bewertete das Poster mit Muttermotiv als inhaltlich verständlich und ansprechend gestaltet. Die Bewertungen dazu, ob das Poster inhaltlich informativ ist, gehen stark auseinander. Etwa ein Drittel der Eltern befand, durch das Poster nichts hinzugelernt zu haben. Detailanalysen zeigen, dass mehr Frauen als Männer dieses Poster als verständlich bewerteten, während mehr Männer als Frauen das Poster informativ fanden. Rauchende beurteilten das Poster grundsätzlich besser als Nicht-Rauchende.

Abbildung 7: Bewertung des Posters mit Vatermotiv (N = 86)



Im Unterschied zum Muttermotiv bewerteten deutlich weniger Eltern das Poster mit dem Vatermotiv als ansprechend gestaltet. Zudem gab nahezu die Hälfte der Eltern an, inhaltlich nichts Neues erfahren zu haben. Im Hinblick auf die inhaltliche Verständlichkeit gibt es keine Unterschiede zwischen dem Mutter- und dem Vatermotiv. Erheblich mehr Männer als Frauen gaben jedoch an, mittels dieses Posters etwas Neues erfahren zu haben (77 % vs. 43 %). In der Bewertung des Vaterposters zeigten sich keine Unterschiede zwischen Rauchenden und Nicht-Rauchenden.

Abbildung 8: Bewertung des Wissensquiz (N = 149)

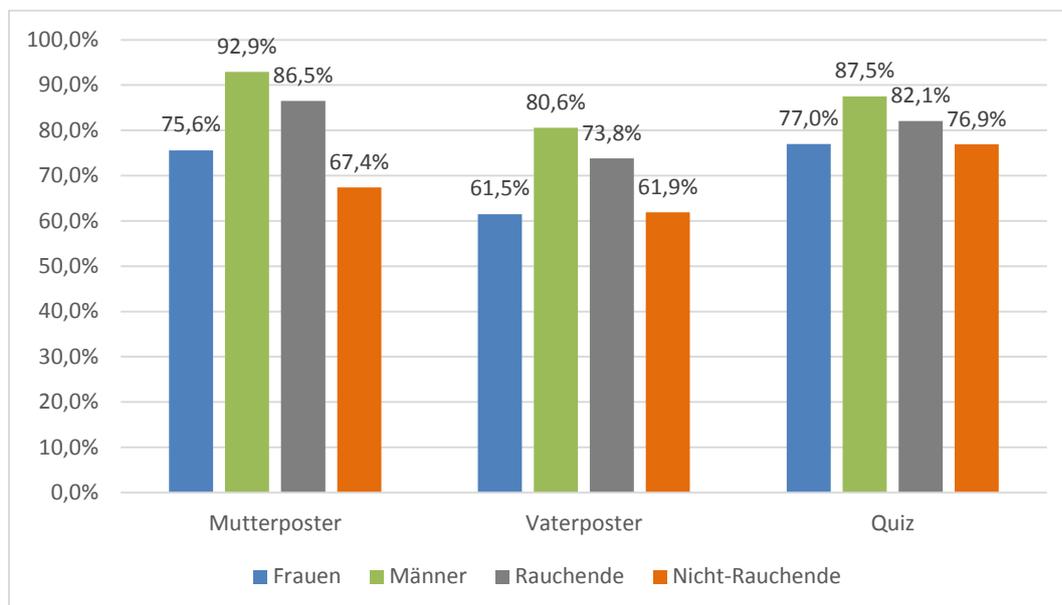


Die Mehrheit der 149 Eltern beurteilte das Wissensquiz in allen drei Dimensionen als positiv. Über die Hälfte der Eltern fand das Quiz inhaltlich sehr verständlich und ansprechend gestaltet. Des Weiteren bewerteten etwa 42 % der Eltern das Quiz als inhaltlich informativ. Insgesamt bestätigten mehr Männer als Frauen, dass das Quiz gut gestaltet und informativ sei. Mehr Nicht-Rauchenden als Rauchenden gefiel die Gestaltung sehr gut.

Auf der Webseite haben 40 Personen das Online-Quiz durchgeführt. 34 dieser Personen wussten, dass es nicht ausreicht, in einem anderen Zimmer zu rauchen. Jedoch dachten 13 Personen, dass es reicht nach dem Rauchen zu lüften, um Kinder vor Passivrauch zu schützen. Größere Wissenslücken bestanden im Hinblick darauf, welcher Anteil an Zigarettenrauch an die Umgebung abgegeben wird und welche gesundheitlichen Gefahren mit Passivrauch für Kinder verbunden sind.

Abschließend wurden die Eltern gefragt, ob sie die gedruckten Materialien weiterempfehlen würden. Abbildung 9 veranschaulicht die Weiterempfehlung getrennt nach Geschlecht und Rauchstatus.

Abbildung 9: Anteil der Eltern, die die Materialien weiterempfehlen würden



Die Ergebnisse weisen deutlich auf die hohe Zustimmung zu den gedruckten Materialien hin (je nach Gruppe: 62 % – 93 %). Ein überraschend hoher Anteil der Eltern würde das Mutterposter und das Wissensquiz weiterempfehlen. Wenngleich die Zustimmung zum Vaterposter demgegenüber etwas geringer ausfällt, so liegen die Werte auch hier immer noch sehr hoch. Insgesamt würden mehr Männer als Frauen und mehr Rauchende als Nicht-Rauchende die Materialien weiterempfehlen.

5.3 Bewertung der Rauchtests (Badges)

In Hamburg nahmen 16 Eltern Badges mit, von denen acht Badges auch zurückgebracht und an das Schweizer Labor geschickt wurden. In Köln wurden 13 Badges an Eltern ausgegeben und fünf kamen zurück und wurden an das Labor geschickt.

Es liegen insgesamt zwölf Evaluationsbogen zum Rauchtest vor, die von sechs Müttern und sechs Vätern stammen. Der Evaluation zufolge wurde der Passivrauchtest fünfmal im Wohn-

zimmer, zweimal in der Küche, zweimal im Kinderzimmer und je einmal in Schlafzimmer, Flur und Auto durchgeführt. Zehn der zwölf Eltern bestätigten, den Test praktikabel zu finden und ebenfalls zehn Eltern sagten, dass sie dadurch etwas Neues gelernt hätten. Acht Eltern würden den Test weiterempfehlen, eine Person jedoch explizit nicht. Die Fachkräfte berichteten, dass viel zugehende Arbeit notwendig sei, um Eltern überhaupt für den Test zu interessieren und zu motivieren. Die erfolgreich erreichten Eltern seien jedoch sehr neugierig auf die Testergebnisse.

Der anonyme Laborbericht des IST zeigt, dass 12 der 13 Badges ausgewertet werden konnten; zu einem fehlte die Angabe der Nutzungsdauer. Die Badges wurden unterschiedlich lang getragen (zwischen 22 Stunden und knapp 4 Tagen, im Durchschnitt 36 Stunden). In dem gesamten Messzeitraum entsprach die Passivrauchbelastung zwischen 0,2 und 12,7 Zigaretten (im Durchschnitt 2,3). Auf einen Tag ungerechnet lag die Passivrauchbelastung der Kinder zwischen 0,1 bis 9,4 Zigaretten, im Durchschnitt 1,4 Zigaretten.

5.4 Akzeptanz des Erklärfilms

Die Auswertung der Filmaufrufe zeigt, dass in dem kurzen Zeitraum von vier Wochen eine sehr hohe Anzahl an Menschen der Zielgruppen erreicht wurde.



MIRAS - Miteinander Rauchbelastung senken
Gesponsert · €

Rund die Hälfte aller Kinder in Deutschland lebt in einem Haushalt, in dem mindestens eine Person raucht.
Schützen Sie Ihre Kinder vor Passivrauch!

HUSTEN UND BRONCHITIS
LUNGENENTZÜNDUNG
OHRENTZÜNDUNG
SCHLAFSTÖRUNGEN
ASTHMA

Erklärvideo: Wie schützen Sie Ihr Kind vor Zigaretten-Rauch?
Auf unserer Webseite erhalten Sie weiteres Infomaterial.
KINDER-ZIGARETTENRAUCH.DE [Mehr dazu](#)

Gefällt mir · Kommentieren · Teilen

Zielgruppe bei Facebook:

- Eltern mit Kindern bis zu 18 Jahren und ohne Abitur
- deutsch-, türkisch-, russischsprachig

Aufruf:

- mindestens 3 Sekunden Film ansehen

Abbildung 10: Keywords zur Bewerbung über YouTube

Demografische Daten		Themen		Keywords	
<input type="checkbox"/>	Alter	<input type="checkbox"/>	Themen ?	<input type="checkbox"/>	Keywords ?
<input type="checkbox"/>	18–24	<input type="checkbox"/>	Mensch und Gesellschaft > Familie und Beziehungen > Familie > Eltern Schwangerschaft und Mutterschaft	<input type="checkbox"/>	Jugendliche
<input type="checkbox"/>	25–34	<input type="checkbox"/>	Gesundheit Frauen und Gesundheit	<input type="checkbox"/>	Zigaretten
<input type="checkbox"/>	35–44	<input type="checkbox"/>	Mensch und Gesellschaft Frauenspezifische Themen	<input type="checkbox"/>	Babies
<input type="checkbox"/>	45–54	<input type="checkbox"/>	Mensch und Gesellschaft > Familie und Beziehungen Ehe	<input type="checkbox"/>	Familie
		<input type="checkbox"/>	Gesundheit > Drogenmissbrauch Rauchen und Entwöhnung	<input type="checkbox"/>	Kleinkinder
		<input type="checkbox"/>	Gesundheit > Drogenmissbrauch Behandlung von Drogen- und Alkoholmissbrauch	<input type="checkbox"/>	Rauchen
		<input type="checkbox"/>	Mensch und Gesellschaft > Familie und Beziehungen > Familie > Eltern Babys und Kleinkinder	<input type="checkbox"/>	Passivrauch

Über Facebook haben 38.249 Personen die Werbeanzeige mindestens einmal gesehen. Der Erklärfilm wurde insgesamt 10.897 Mal aufgerufen und dabei durchschnittlich etwa vier Sekunden angesehen. Die intendierte Nutzung zeigt sich an den Personen, die den Erklärfilm länger angesehen haben. Insgesamt haben 3.571 Personen das Video zu 25 % und immerhin 1.073 Personen zu 95 % angeschaut. Dass mittels Facebook über 1.000 Eltern mit Kindern den Erklärfilm vollständig angesehen haben, kann als ein klares Indiz für den Erfolg des Films gewertet werden.

Über YouTube wurde die Werbeanzeige 26.725 Mal geschaltet. In 29 % der Fälle wurde dann auch tatsächlich auf das Video geklickt. Insgesamt 7.726 Aufrufe kamen über die bezahlte Bewerbung zustande. Bei 7.675 Aufrufen wurde das Video mindestens 30 Sekunden angeschaut; somit wurde in 99 % der Aufrufe immerhin mindestens die Hälfte des Videos angesehen.

Neben den YouTube Aufrufen über die bezahlte Bewerbung gab es zusätzlich 1.514 Aufrufe des Films, die entweder direkt über die Webseite oder über Weiterempfehlungen erfolgten. Über YouTube wurde der Erklärfilm somit insgesamt 9.240-mal aufgerufen. Dabei handelte es sich 7.398-mal um die deutsche, 1.798-mal um die türkische und lediglich 44-mal um die russische Version.⁸ Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die türkische und russische Version der Bewerbung des Films aufgrund der Übersetzung nicht über den vierwöchigen Zeitraum der Akzeptanzprüfung verfügbar waren.

Über die sozialen Medien wurden türkische Frauen überdurchschnittlich gut erreicht, was u. a. darauf zurückzuführen ist, dass der Film direkt vor einer beliebten türkischen daily soap geschaltet war. Deutsche Männer und Frauen wurden gleich gut erreicht. Russischsprachige Eltern wurden auf den ersten Blick deutlich schlechter erreicht. Hier ist jedoch unklar, ob sie den Film in deutscher Sprache gesehen haben oder ob andere Zugangswege nötig sind.

8 Erstaunlicherweise unterschied sich die Nachfrage nach russischsprachigen Materialien sehr: Während in Köln die russischsprachigen Quizkarten stark nachgefragt waren, wurden Film und Webseite kaum in russischer Sprache genutzt. Dem Unterschied sollte in einer vertieften Evaluation nachgegangen werden.

5.5 Akzeptanz der Webseite

Die Akzeptanzprüfung der Webseite erfolgt über Google Analytics. Auf Basis dieser Daten zeigt sich, dass die Webseite in dem Zeitraum vom 10.01. bis zum 10.02.2017 von 855 Personen in 1.001 Sitzungen genutzt wurde. Durch die professionelle Bewerbung gab es seit Veröffentlichung 626 Klicks auf die MIRAS-Webseite. Mit Beendigung der professionellen Bewerbung sind die Klickraten auf die Webseite sofort rapide eingebrochen. Die bezahlte Werbung erzielte also enorme Erfolge in Bezug auf die Anzahl erreichter Personen.

Basierend auf der Auswertung von Google Analytics wurden in dem Zeitraum der Akzeptanzprüfung 2,28 Seiten pro Sitzung auf der Webseite aufgerufen. Allerdings waren die Verweildauer auf der Webseite recht kurz (1:19 Min.) und die Absprungrate mit 73 % sehr hoch.

Im Städtevergleich zeigen die Daten Folgendes:

- Hamburg: 129 Sitzungen (14 % von allen Sitzungen), 64 Nutzende und eine Absprungrate von 30 %
- Köln: 60 Sitzungen (6 % von allen Sitzungen), 39 Nutzende und eine Absprungrate von 47 %.

Die Absprungraten waren in den beiden Projektstandorten deutlich niedriger als im Durchschnitt. Der Grund für die intensivere Nutzung liegt vermutlich darin, dass die Webseite in diesen beiden Städten bekannter war und zum einen von mehr Fachkräften angesehen und für ihre Arbeit genutzt wurde; zum anderen fanden hier sicher durch die Hinweis auf die Webseite in den Einrichtungen und auf den Materialien mehr und interessiertere Eltern auf die Seite.

Die Webseite verzeichnete im Erprobungszeitraum Zugriffe aus vielen Orten: Mit 89 % aller Sitzungen und 87 % aller Nutzenden kamen die Zugriffe am häufigsten aus Deutschland. Die MIRAS-Webseite wurde von mehr als 250 deutschen Orten aus besucht, neben Hamburg und Köln erfolgten Zugriffe vor allem aus Berlin, München, Frankfurt und Stuttgart. Insgesamt kamen die Webseiten-Besuchenden aus 292 Orten in zehn Ländern (Deutschland, USA, Türkei, Österreich, Irland, Frankreich etc.).

In dem einmonatigen Zeitraum verteilten sich die insgesamt 1.001 Sitzungen auf die Aufrufe der folgenden Webseiten:

- 43 % Homepage
- 30 % türkische Startseite
- 4 % russische Startseite⁹
- 15 % Materialien Download

Die übrigen Aufrufe (8 %) verteilen sich auf die Seiten Impressum und Kontakt.

Das Geschlechterverhältnis bei den Besuchenden ist relativ ausgewogen: 54 % waren männlich. Über die Sozialen Medien waren offenbar vor allem jüngere Menschen zu erreichen, denn 28 % der Besucherinnen und Besucher waren zwischen 18 und 24 Jahre alt, weitere 34 % waren zwischen 25 und 34 Jahre alt.

9 S. o. Fußnote 8.

6 Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Es ist im Projektverlauf gelungen, mit einer relevanten Anzahl an rauchenden Eltern ins Gespräch zu kommen, die einen niedrigen sozialen Status aufweisen und einen türkischstämmigen oder russischsprachigen Migrationshintergrund oder keinen Migrationshintergrund haben. Im Rahmen der Partizipation wurden die Eltern sowohl bei der Entwicklung zielgruppenspezifischer Aufklärungsmaterialien und Zugangswege als auch bei der kurzen Pilotphase der Akzeptanztestung dieser Maßnahmen systematisch einbezogen.

Eine wesentliche Erkenntnis des Projekts ist, dass der Zugang zu den spezifischen Elterngruppen sehr viel Zeit und personellen Einsatz erfordert. So hat der Zugang im MIRAS-Projekt deutlich mehr zeitliche und personelle Ressourcen des Projektteams und eine intensivere Unterstützung der beteiligten Fachkräfte benötigt als ursprünglich geplant.

Trotz dieser Schwierigkeiten wurden die Zielsetzungen des Projekts im Wesentlichen erreicht und knapp 80 Eltern in die Maßnahmenentwicklung einbezogen werden. Im Rahmen der Akzeptanztestung wurden dann weit mehr als die vorgesehenen 1.000 Eltern erreicht.

Die Akzeptanzprüfung zeigte, dass ein Mix aus unterschiedlichen Aufklärungsmaterialien und Zugangswegen die Erreichung der Zielgruppe erhöht. Gedruckte Materialien wie die Poster und das Wissensquiz wurde durch die kooperierenden Einrichtungen an die Eltern verteilt, wobei die persönliche Kommunikation mit den Eltern die Nutzung der Materialien erhöhte. Die weitaus größte Anzahl an Eltern (über 7.600) wurde über die Bewerbung des Erklärfilms in Sozialen Medien (Facebook, YouTube) erreicht. Die Erstellung eines alltagsnahen Erklärfilms wurde von den befragten Eltern gewünscht und die hohen Nutzungsraten des 60-sekündigen Videos lassen den Erfolg dieser Aufklärungsmaßnahme klar erkennen.

Die Steuerungsgruppe bilanzierte die Projekterfahrungen und regte an, den Einsatz aller erarbeiteten Materialien zu verlängern und diese bundesweit breit zu streuen. Dabei sollten die Eltern der Zielgruppen vor allem über Aktionen in belasteten Stadtteilen erreicht werden, ohne dass die Zielgruppendefinition jeweils personenbezogen genau geprüft wird. Von zentraler Bedeutung ist vielmehr, dass sich die Maßnahmen von vorhandenen RauchStopp-Maßnahmen unterscheiden und deutlich auf die Vereinbarkeit von Rauchen und Gesundheitsschutz für die Kinder fokussieren.

Eine zentrale Schlussfolgerung aus dem Projekt ist, die Materialien weiter zu entwickeln und in einem größeren Umfang zu verbreiten. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus der Akzeptanzprüfung und den Empfehlungen der Steuerungsgruppe werden für die Ausweitung der entwickelten Maßnahmen einige Änderungen angeraten:

- Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der Frühen Hilfen (Kitas, Schulen) sollten als Kooperationspartner stärker in die Umsetzung der Maßnahmen eingebunden werden.
- Gedruckte Materialien erfordern kommunikative Vermittlungsmethoden. Möglicherweise können auch Kinder ihre Eltern auf die Materialien aufmerksam machen. In der Regel sind jedoch Fachkräfte in Einrichtungen Schlüsselpersonen für die Kommunikation mit den Eltern.

In diesem Zusammenhang verweisen die Projekterfahrungen auf einen zunächst nicht im Fokus stehenden Aspekt: Auch Fachkräfte hatten Wissenslücken zum Thema Passivrauchen und viele Fachkräfte berichteten, dass ihnen die Ansprache der Zielgruppe in Hinblick auf Passivrauchbelastung von Kindern schwer fiel. Das hat mehrere Gründe: Befürchtungen, das Tabuthema anzusprechen und damit eine gute Beziehung zu Eltern zu

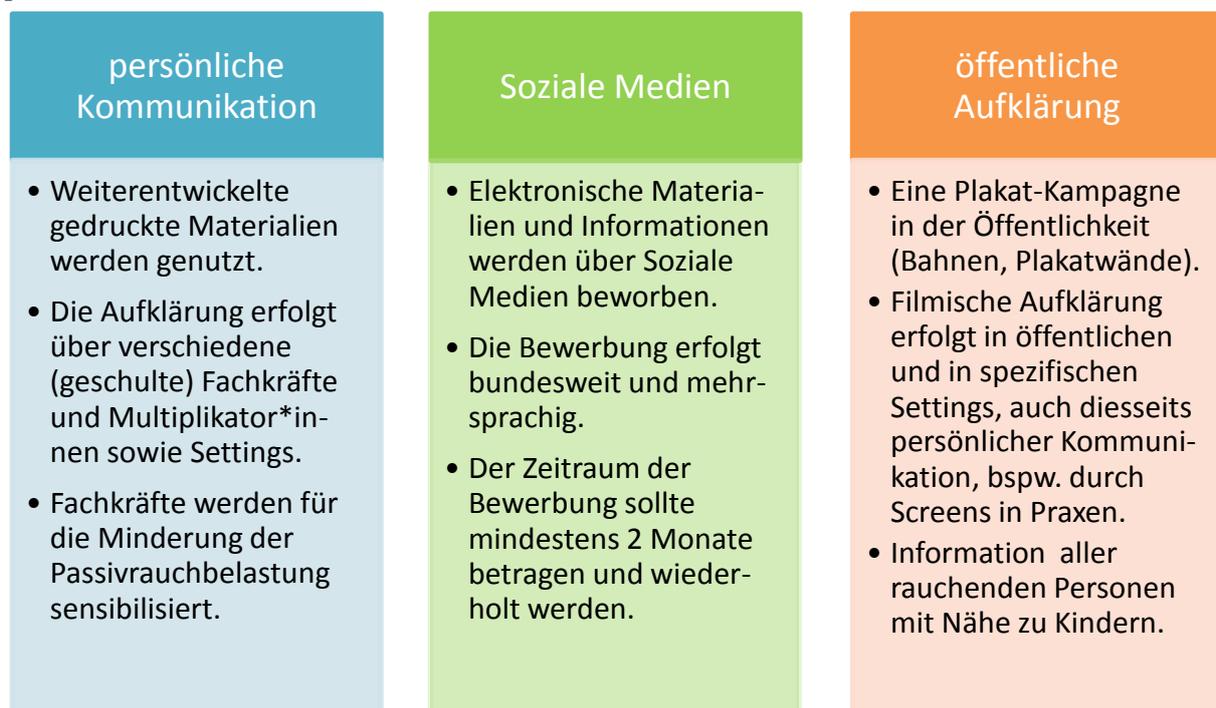
gefährden; andere Themen erscheinen vorrangig, wie zum Beispiel ausufernde Smartphone-Nutzung von Eltern; Fachkräfte rauchen selbst und haben insgesamt wenig Zeit für ihre und insbesondere für zusätzliche Aufgaben.

Für die Implementierung von Präventionsmaßnahmen sind diese Aspekte sehr bedeutsam. Um Passivrauchbelastung von Kindern in der Arbeit mit Eltern stärker zu thematisieren, müssen die Fachkräfte über Sensibilität, Wissen und Handlungssicherheit verfügen. Hier böten sich Informationsveranstaltungen für die Fachkräfte an. Auch ist die Webseite perspektivisch für Fachkräfte vielleicht besser nutzbar als für Eltern. Das gilt insbesondere bei einer inhaltlichen Ausweitung. Zudem wäre eine Einbeziehung des Themas in die Basisausbildung (Curricula) wichtig und eine dahingehende Aufgabendefinition der Regeleinrichtungen essentiell.

- Für Eltern der Zielgruppen mit Leseschwächen sollten textfreie Materialien – z. B. Poster und der Film – erarbeitet werden. Statt Textelementen könnten Bildsymbole verwendet werden, was auch den Einsatz der Materialien für weitere Sprachgruppen erleichtern würde.
- Ergänzend wären Übersetzungen der Materialien – vor allem des Wissensquiz und des Erklärfilms – in weitere Sprachen zu empfehlen. Denkbar wären Übersetzungen in Arabisch und/oder Spanisch. Diese Sprachen könnten dann ebenfalls in die fortbestehende MIRAS-Webseite integriert werden.
- Der Zugang zum Film und zum Online-Wissensquiz sollte direkter erfolgen, indem ein QR-Code auf den Postern vorhanden ist und beide Materialien direkt auf der ersten Seite der Webseite erscheinen.
- Der bestehende Film sollte (stärker) von Einrichtungen genutzt werden, in denen sich Eltern aufhalten wie etwa auf Elternabenden. Zusätzlich sollte es den Film in einer sprachfreie Version geben, die im öffentlichen Raum (Straßenbahnen, Haltestellen, Wartezimmer) abgespielt werden kann.
- Das Online-Quiz sollte lebendiger gestaltet werden, beispielsweise durch eine Animation. Empfehlenswert wäre es, weitere Erklärfilme mit anderen Alltagssituationen (Rauchen im Auto, Besuch von Rauchenden, Rauchen auf dem Spielplatz etc.) zu erstellen und über die Bewerbung in sozialen Medien zu distribuieren.

Insgesamt lassen die Ergebnisse des Projekts folgende Schlussfolgerungen zu: Maßnahmen zur Minderung von Passivrauchbelastung bei Kindern sollten sowohl personalkommunikative Vermittlungswege beinhalten als auch eine Ansprache über soziale Medien und öffentliche Räume. Durch breit aufgestellte Zugangswege lassen sich unterschiedliche Aufklärungsmaterialien verbreiten und eine große Zahl an Eltern mit den Botschaften erreichen (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Geeignete Zugangswege zu sozial benachteiligten Eltern



Im Rahmen des MIRAS-Projekts war die Akzeptanztestung nur in einem sehr limitierten Umfang möglich. Nur in Kommunikation mit allen Beteiligtegruppen lassen sich Materialien und Zugangswege entwickeln, die von Eltern und Fachkräften mitgetragen werden und die das Interesse der Zielgruppe wecken. Für die in diesem Projekt realisierte Konzeptentwicklung und erste Akzeptanzprüfung war die Zeit sehr knapp. Gleichwohl gelang es, unterschiedliche Materialien zu erarbeiten, die eine sehr gute Grundlage für eine Weiterentwicklung darstellen. Manche Maßnahmen konnten im gegebenen Rahmen nur prototypisch für einen breiteren Strauß von Versionen erstellt werden (bspw. mehrere kurze Erklärfilme mit unterschiedlichen Settings). Auch war die Erprobung von Vermittlungswegen in der kurzen Zeit nur begrenzt möglich – herausragend wirksam in Bezug auf die Erreichung einer großen Anzahl an Personen zeigte sich gleichwohl vor allem eine professionelle Bewerbung in sozialen Medien.

Allerdings sind Diskussionen zur Anpassung der Materialien zeitaufwändige und zugleich höchst notwendige und effektive Prozesse. Zur Fortführung des Projekts ist aber nicht nur die Weiterentwicklung der Materialien geboten, sondern auch eine umfassendere Evaluation von Materialien und Vermittlungswegen. Ebenso würden Fragen zur Wirksamkeit der eingesetzten Präventionsmaterialien im Sinne tatsächlicher Verhaltensänderung bei Eltern in einem breit angelegten Umsetzungs- und Forschungsrahmen beantwortet werden müssen.

7 Gender Mainstreaming Aspekte

In der gesamten Studie wurden Gender Aspekte systematisch einbezogen. Das Rauchverhalten von Müttern und Vätern sowie deren Vorstellungen zu geeigneten Zugangsweegen wurden in geschlechtshomogenen Gesprächen erfragt. Zudem wurde untersucht, welche Botschaften Männer bzw. Frauen jeweils besser ansprechen und dazu motivieren können, nicht in der Ge-

genwart von Kindern zu rauchen. Die Aufklärungsmaterialien wurden gender- und kulturbezogen für Väter und Mütter entwickelt.

8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Veröffentlichungen sind im Berichtszeitraum noch nicht erfolgt, doch wurden erste Erkenntnisse aus dem Projektverlauf auf dem Deutschen Suchtkongress 2016 vorgestellt, die Ergebnisse sollen im September auf dem Deutschen Suchtkongress 2017 vorgestellt werden. Nach Abschluss des Projekts werden die Ergebnisse in einer Fachzeitschrift veröffentlicht.

Die Materialien sind weiterhin über die MIRAS-Webseite verfügbar und können heruntergeladen oder als Print angefordert werden.

9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Die entwickelten Maßnahmen, Materialien und Konzepte sollten entsprechend der oben genannten Empfehlungen und unter dem weiteren Einbezug der beteiligten Akteure (Eltern, Fachkräfte, Schlüsselpersonen für die Multiplikation) weiterentwickelt und in einem größeren Umfang verbreitet werden. Die Weiterentwicklung und Verbreitung sollte durch umfassende Evaluationsmaßnahmen (ggf. auch hinsichtlich der Wirksamkeit) begleitet werden.

11 Literatur

Akhtar PC, Haw SJ, Levin KA, Currie DB, Zachary R, Currie CE. Socioeconomic differences in second-hand smoke exposure among children in Scotland after introduction of the smoke-free legislation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010; 64:341-346.

Aurrekoetxea JJ, Murcia M, Rebagliato M, Guxens M, Fernandez-Somoano A, Lopez MJ, et al. Second-hand smoke exposure in 4-year-old children in Spain: Sources, associated factors and urinary cotinine. *Environmental Research* 2016; 145:116-125.

Bruttel O. Rauchen im Wandel der Zeit. Die Oberschicht hat sich abgewandt. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; Mai: 224-225.

Czycholl D. Kompetenznetzwerk Sucht-Selbsthilfe für Migranten aus dem Osten (KoS-MOs). Aufbau eines neuen internetgestützten Selbsthilfeportals für junge Drogenuser (Exjuser). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. FDR 2011.

DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum)(Hrsg.) *Tabakatlas Deutschland*. 2015.

Freie und Hansestadt Hamburg. Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung. Bericht 2013; Hamburg: Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

Frohlich KL, Poland B, Mykhalovskiy E et al. Tobacco control and the inequitable socioeconomic distribution of smoking: smokers' discourses and implications for tobacco control. *Critical Public Health* 2010; 20: 35-46.

Gordon J, Friel B, McGranachan M. Professional training to reduce children's exposure to second-hand smoke in the home: evidence-based considerations on targeting and content. *Perspectives in Public Health* 2012;132: 135-142.

Huynh CK, Durham AD, Morisod X, Bergier S. & Cornuz J. Health Impact in Hospitality workers of a smoking ban in Vaud, Switzerland, *Rev. Med. Suisse* 2008, 144,4:430-433.

Huynh C.K., Dubuis A., Pasche M, Zürcher K. (2011). Passivrauch ausgesetzte Kinder: Bilanz der Sensibilisierungskampagnen. *Paediatrica* 2011, 22:23-25.

Keil U, Becher H, Heidrich J et al. Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland. 3. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle 2005.

Longman JM, Passey ME. Children, smoking households and exposure to second-hand smoke in the home in rural Australia: analysis of a national cross-sectional survey. *Bmj Open* 2013;3.

Mielck A, Helmet U. Rauchen und soziale Ungleichheit: Diskussion in Deutschland über schichtspezifische Maßnahmen gegen das Rauchen. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 1994; 23: 133-148.

Pisinger C, Hammer-Helmich L, Andreasen AH, Jorgensen T, Glumer C. Social disparities in children's exposure to second hand smoke at home: a repeated cross-sectional survey. *Environmental Health* 2012;11.

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI (Hrsg.) 2008.

Schaller K, Pötschke-Langer M. Fakten zum Rauchen. Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen. DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum)(Hrsg.) 2008.

Schulze A, Lampert T. Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. RKI (Hrsg.) 2006.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Referat I A. Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015. Berlin 2016.

Shiue I. Correlations of indoor second-hand smoking, household smoking rules, regional deprivation and children mental health: Scottish Health Survey, 2013. Environmental Science and Pollution Research 2015; 22:9858-9863.

Statistisches Bundesamt. Fachserie 1, Reihe 2.2, Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2013.

Statistisches Bundesamt. Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit. Rauchgewohnheiten der Bevölkerung. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2013.

Statistisches Bundesamt. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1, Reihe 2.2. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017.

Wallby T. und Hjern A. Parental region of birth, socio-economic status and infants' exposure to second-hand smoke. Foundation Acta Pædiatrica 2008; 97: 1542-1545.

WHO. Second-Hand Smoke, Women, and Children. World Health Organization 2010.