



University of Zurich  
Zurich Open Repository and Archive

Winterthurerstr. 190  
CH-8057 Zurich  
<http://www.zora.uzh.ch>

---

*Year: 2011*

---

Konzeption und Evaluation von Tabakprävention als integrierte  
Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements:  
Ergebnisse eines Forschungs-Praxisprojekts zur Verbreitung von  
Massnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im  
Kanton Zürich

Bauer, G F; Brügger, A; Deplazes, S; Emch, A; Friedrich, V; Hoffmann, S; Jenny, G J;  
Lehmann, K

Bauer, G F; Brügger, A; Deplazes, S; Emch, A; Friedrich, V; Hoffmann, S; Jenny, G J; Lehmann, K (2011).  
Konzeption und Evaluation von Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen  
Gesundheitsmanagements: Ergebnisse eines Forschungs-Praxisprojekts zur Verbreitung von Massnahmen des  
Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Kanton Zürich. Zürich, ETH Zürich.  
Postprint available at:  
<http://www.zora.uzh.ch>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich.  
<http://www.zora.uzh.ch>

Originally published at:  
Bauer, G F; Brügger, A; Deplazes, S; Emch, A; Friedrich, V; Hoffmann, S; Jenny, G J; Lehmann, K (2011).  
Konzeption und Evaluation von Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen  
Gesundheitsmanagements: Ergebnisse eines Forschungs-Praxisprojekts zur Verbreitung von Massnahmen des  
Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Kanton Zürich. Zürich, ETH Zürich.



# ZÜRCHER BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER ARBEIT

Eine Schriftenreihe des Zentrums für Organisations- und Arbeitswissenschaften der ETH Zürich

Heft 1 / 2011  
Mai 2011  
ISSN 1662-064X

**ETH**

Eidgenössische Technische Hochschule Zürich  
Swiss Federal Institute of Technology Zurich

## **ZÜRCHER BEITRÄGE ZUR PSYCHOLOGIE DER ARBEIT**

Eine Schriftenreihe des Zentrums für Organisations- und Arbeitswissenschaften der ETH Zürich

Heft 1 / 2011  
Mai 2011  
ISSN 1662-064X

**Herausgeber**  
Prof. Dr. Theo Wehner

**Redaktion**  
Christian Rossi

**Inhaltliche Verantwortung**  
Liegt bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren der Einzelbeiträge.

**Rechte**  
Bleiben bei den Autoren.

**Adresse**  
ETH Zürich  
Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften  
Kreuzplatz 5  
8032 Zürich  
Schweiz

+41 44 632 70 70  
+41 44 632 11 86  
zoa-kontakt@ethz.ch  
www.zoa.ethz.ch  
www.pda.ethz.ch

**Konzeption und Evaluation von Tabakprävention  
als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

–

**Ergebnisse eines Forschungs-Praxisprojekts zur Verbreitung von  
Massnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im  
Kanton Zürich<sup>1</sup>**

Georg F. Bauer, Adrian Brügger, Silvia Deplazes, Anita Emch, Verena Friedrich,  
Susanne Hoffmann, Gregor J. Jenny, Katharina Lehmann<sup>2</sup>

Abteilung Gesundheitsforschung und Betriebliches Gesundheitsmanagement,  
Universität und ETH Zürich

---

<sup>1</sup> Das Projekt (Laufzeit 2006-2009) wurde vom Schweizer Tabakpräventionsfond gefördert. Dieser Projektbericht basiert auf dem unveröffentlichten Projektantrag, dem Schlussbericht und dem Evaluationsbericht, welche im Rahmen des Projektes und im Auftrag des Schweizer Tabakpräventionsfonds im September 2009 erstellt wurden.

<sup>2</sup> Die Aufzählung der Autoren dieses Beitrages erfolgt in alphabetischer Reihenfolge. Die genaue Autorenschaft der einzelnen Abschnitte ist dem Anhang (S.70) zu entnehmen.

# Inhaltsverzeichnis

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Zusammenfassung .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>2</b> | <b>Einleitung.....</b>   | <b>8</b>  |
| 2.1      | Hintergrund .....  | 8         |
| 2.2      | Projektziele und Projektstrategien .....   | 11        |
| 2.3      | Zielgruppe.....  | 14        |
| 2.4      | Projektarchitektur und Projektumsetzung .....  | 14        |
| <b>3</b> | <b>Konzeptionelle Grundlagen .....</b>   | <b>16</b> |
| 3.1      | Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting.....                                     | 16        |
| 3.2      | Transtheoretisches Modell nach Prochaska .....   | 17        |
| 3.3      | Integrierte Tabakprävention als soziale Innovation .....                               | 18        |
| 3.4      | Grundlagen für die aktive Verbreitung: Sozialmarketing und Interventionsforschung..... | 20        |
| <b>4</b> | <b>Interventionsdesign im Überblick.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>5</b> | <b>Projektevaluation .....</b>   | <b>26</b> |
| 5.1      | Evaluationsdesign .....  | 26        |
| 5.2      | Evaluation für Strategie A: Integration der Tabakprävention in BGM .....               | 27        |
| 5.3      | Evaluation für Strategie B: Sensibilisierung und Akquisition von Betrieben.....        | 28        |
| 5.3.1    | <i>Massenmailing</i> .....   | 29        |
| 5.3.2    | <i>Informationsveranstaltungen</i> .....   | 30        |
| 5.3.3    | <i>Telefonische Akquise</i> .....  | 31        |
| 5.4      | Evaluation für Strategie C: Externe Unterstützung von Betrieben .....                  | 33        |
| 5.4.1    | <i>Beratungsgespräche</i> .....  | 34        |
| 5.4.2    | <i>Unterstützungsprojekte</i> .....  | 38        |
| 5.5      | Wirksamkeit der gesamten Intervention.....   | 39        |
| 5.5.1    | <i>Registrierung auf der Webseite ‚arbeitsplatz.rauchfrei‘</i> .....                   | 39        |
| 5.5.2    | <i>Follow-up Erhebung</i> .....  | 40        |
| 5.6      | Schlussbemerkungen und Fazit zur Evaluation .....                                      | 46        |
| <b>6</b> | <b>Diskussion und Schlussfolgerung .....</b>   | <b>50</b> |
| 6.1      | Vernetzung und Kooperation als Erfolgsfaktor .....                                     | 52        |
| 6.2      | Fazit für die Praxis .....   | 52        |
| 6.2.1    | <i>Zielgruppe Akteure in der Prävention</i> .....                                      | 53        |
| 6.2.2    | <i>Zielgruppe Betriebe</i> .....   | 54        |
| <b>7</b> | <b>Literatur.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>8</b> | <b>Anhang .....</b>  | <b>59</b> |
| 8.1      | Fragebogen .....   | 59        |
| 8.2      | Broschüre.....   | 66        |
| 8.3      | Autorenschaft.....   | 70        |

## Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Strategien und Projektziele .....   | 13 |
| Abbildung 2: Beratungs-Forschungskooperation .....   | 15 |
| Abbildung 3: Integration von Tabakprävention in BGF.....   | 19 |
| Abbildung 4: Überblick über die Maßnahmen der Strategien B und C in der Interventions- und in der Kontrollgruppe.....                      | 23 |
| Abbildung 5: Überblick über das Evaluationsdesign .....  | 26 |
| Abbildung 6: Stadien der Verhaltensänderung bezüglich der Schaffung eines rauchfreien Betriebs und dem Anbieten von Rauchstoppkursen ..... | 42 |

## Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: TTM-Stufen.....   | 17 |
| Tabelle 2: Überblick über die Akquisitions- und Sensibilisierungsmassnahmen der Strategie B.....   | 28 |
| Tabelle 3: Ergebnisse der 1. Telefonakquisition (Januar-Juni 2008) .....   | 32 |
| Tabelle 4: Ergebnisse der 2. Telefonakquisition (September 2008 – Februar 2009).....   | 33 |
| Tabelle 5: Überblick über die Umsetzungsmassnahmen der Strategie C.....  | 34 |
| Tabelle 6: Ergebnisse der Evaluation der telefonischen (kleine Betriebe) und persönlichen (mittelgrosse und grosse Betriebe) Beratungsgespräche..... | 35 |
| Tabelle 7: Ergebnisse der telefonischen (kleine Betriebe) und persönlichen (mittelgrosse und grosse Betriebe) Beratungsgespräche .....               | 37 |
| Tabelle 8: Stand der Tabakprävention und gesundheitsrelevante Outcomes in 2007 und 2009 (Angaben in % der antwortenden Betriebe).....                | 43 |
| Tabelle 9: Innerbetriebliche Veränderungen bei Tabakpräventionsmassnahmen und gesundheitsrelevanten Outcomes.....                                    | 44 |

## 1 Zusammenfassung

Das Projekt zielte darauf ab, die Verbreitung und den Impact von Tabakprävention (TP) in Betrieben zu erhöhen, indem TP in den breiteren Ansatz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) integriert wird.

Um diese Ziele zu erreichen, wurden bestehende Tabakpräventionsstrategien in ein systematisches BGM-Programm integriert. In einem weiteren Schritte wurden flächendeckend alle Zürcher Betriebe mit mehr als 20 Mitarbeitenden mit einem Fragebogen kontaktiert, um den Stand und die Nachfrage von Unterstützungsangeboten zu TP und BGM zu erheben. Insgesamt beantworteten 1648 der 4706 angeschriebenen Unternehmen den Fragebogen (36.5%). Für diese liess sich anhand der Befragungsergebnisse der Bedarf nach Unterstützungsleistungen ableiten, um anschliessend bedarfs- und zielgruppenorientierte Interventionen zur Sensibilisierung und Akquisition der Betriebe aufzugleisen. Die Sensibilisierung und Akquisition erfolgte in Form einer Broschüre, durch Informationsveranstaltungen sowie persönliche und telefonische Beratungsgespräche. Es zeigte sich, dass Informationsveranstaltungen auf wenig Resonanz bei den Betrieben stiessen (Teilnahme 26 von 947 angeschriebenen Betrieben). Stattdessen wurde vermehrt auf telefonische und persönliche Beratungen vor Ort gesetzt. Es konnten 135 Beratungsgespräche geführt werden, die in 10 Betrieben auch zu einer externen Unterstützung bei der Umsetzung von TP führten. Diese Unterstützung erfolgte in Form von vertiefter Beratung, Vermittlung von Rauchstopp-Kursen, ergänzenden Offerten für BGM oder Umsetzung eines umfassenderen BGM Projekts. Das Projekt wurde während der gesamten Laufzeit begleitend evaluiert (formative Evaluation). Anschliessend erfolgte eine Wirksamkeitsprüfung (summative Evaluation) durch eine follow-up Erhebung hinsichtlich der folgenden Ergebnisziele:

- Die Betriebe besitzen ein grösseres Wissen zu den Folgen des Tabakkonsums in Betrieben und zu Massnahmen der Tabakprävention (Wissensebene).
- Die Betriebe haben verbesserte Einstellungen und Erwartungshaltungen gegenüber der Tabakprävention und ihrer Umsetzung (Einstellungsebene).
- Die Anzahl Betriebe mit klarer Rauchregelung ist gestiegen (Verhältnisebene).
- Die Betriebe zeigen eine höhere Registrationsrate auf der Webseite des nationalen Projektes „arbeitsplatz.rauchfrei“ (Verhältnisebene).

Die Auswertung der Ergebnisziele zeigt, dass persönliche Beratungen einen höheren Wissenszuwachs zu den Folgen des Tabakkonsums in den Betrieben brachte (in 63% der Fälle) als telefonische Beratungen (in nur 13% der Fälle). Eine verbesserte Einstellung und Erwartungshaltung gegenüber Tabakprävention konnte jedoch vermehrt durch telefonische Beratungen erreicht werden (in 38% der Fälle). Im Vorher-/ Nachhervergleich der Befragungen zeigte sich die grössten Veränderung im Bereich verschärfter

Rauchregelungen. Rauchen war in mehr Betrieben nur noch im Freien erlaubt (2007: 40.0%, 2009: 48.6%) und nicht mehr „draussen und in bestimmten Räumen“ (2007: 47.6%, 2009: 41.4%). Durch das damals bevorstehende Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen waren schon viele Unternehmen auf dem Weg zum rauchfreien Betrieb oder bereits rauchfrei. In vielen Fällen war damit nur noch ein Bedarf an Informationen vorhanden, welche sich auf die spezifische Situation des jeweiligen Betriebs bezog.

Die gestufte Interventionsstrategie – zunächst Beratungsgespräche und dann vertiefte, unternehmensspezifische Unterstützungsgespräche – hat sich für die Verbreitung der integrierten TP in Betrieben bewährt. Aus dem Projekt ergaben sich verschiedene, klare Empfehlungen für TP Akteure sowie für Betriebe.



## 2 Einleitung

Das vorliegende Projekt (Laufzeit: 01.10.2006 bis 30.09.2009) zielte darauf ab, Tabakprävention stärker in Unternehmen und Verwaltungen zu implementieren. Erfahrungen zeigen, dass einerseits Aktionen, welche sich ausschliesslich auf Tabakprävention beziehen, im Setting Betriebe an ihre Grenzen stossen, andererseits im Rahmen von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) das Thema Tabak jedoch auf Interesse stösst. Tabakpräventions-Strategien wurden deswegen in einen Betrieblichen Gesundheitsförderungs-Ansatz integriert, um damit die Chance zu vergrössern, Unternehmen und Verwaltungen mit Tabakprävention zu erreichen. Diese in einen systematischen und nachhaltigen BGF-Prozess integrierte Tabakprävention profitiert einerseits von der positiven Konnotation der Gesundheitsförderung. Anstelle der Regulierung und Verbote stehen die gesunden Mitarbeitenden im Zentrum, was die Akzeptanz von Suchtprävention erhöht. BGF setzt sich andererseits mit der Verbesserung von organisationalen Strukturen und Prozessen, sowie der Stärkung von personalen Ressourcen auseinander. Die unmittelbare Tabakprävention wird demnach indirekt durch den Abbau der suchtauslösenden (Primärprävention) und suchterhaltenden (Sekundärprävention) Faktoren im Rahmen der BGF unterstützt. Durch die Zusammenarbeit der Fachpersonen in den Bereichen BGF und Tabakprävention können zudem vorhandene Ressourcen auf allen Ebenen optimal eingesetzt werden.

Der vorliegende Bericht basiert auf den wissenschaftlich relevanten Teilprodukten des Projekts (Projektantrag, Evaluations- und Schlussbericht) und stellt diese integrierend dar. Zunächst erfolgen die Darstellung des Projektes in seiner ursprünglichen Planung sowie die kurze Erörterung seiner konzeptionellen Grundlagen. Anschliessend werden die tatsächliche Projektumsetzung sowie die Projektevaluation mit ihren Ergebnissen aufgezeigt. Abschliessend werden die Projektergebnisse diskutiert und Schlussfolgerungen für weitere Projekte gezogen.

### 2.1 Hintergrund

Betriebliche Tabakprävention wird in erster Linie mit den Schlagworten „Rauchfreie Betriebe“ und „Schutz vor Passivrauch“ assoziiert. Sie beinhaltet darüber hinaus jedoch weiterführende Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung, die auch mit betriebswirtschaftlichen und ökonomischen Gesichtspunkten ergänzt werden. Dazu zählen:

- Grundsätzlicher Schutz aller (nicht-rauchenden) Mitarbeitenden vor Tabakrauch,
- Indirekte Förderung des Nicht-Rauchens auch in der Freizeit,
- Ausstiegshilfe für rauchende Mitarbeitende, Einstiegsverhinderung im Speziellen bei Lehrlingen und jungen Arbeitnehmenden,

- Verbesserung des Betriebsklimas und der Zusammenarbeit durch Reduktion des Konfliktpotentials zwischen Rauchenden und Nicht-Rauchenden,
- Bearbeitung von betriebsbedingten Faktoren, welche Süchte auslösen und/oder aufrechterhalten,
- Reduktion tabakbedingter gesundheitlicher Ausfälle und dadurch volkswirtschaftlicher und betrieblicher Kosten,
- Verbesserung der Produktivität,
- Aufbau eines positiven Firmenimages,
- Verbesserung der Arbeitssicherheit (Feuerschutz) und
- Wegfall des Reinigungs- und Lüftungsaufwands.

Die Wirksamkeit der betrieblichen Tabakprävention wird in internationalen Studien bestätigt (J. E. Bauer, Hyland, Li, Steger, & Cummings, 2005; Fichtenberg & Glantz, 2002): Die Längsschnittstudie von Bauer et al. (2005) zeigt u.a., dass Personen in Betrieben, welche sowohl bei der Ersterhebung 1993 als auch bei der Zweiterhebung 2001 rauchfrei waren, 2.3 mal häufiger mit dem Rauchen aufgehört haben als Personen in anderen Betrieben, und dass die Raucher im Durchschnitt ihren Konsum um 3.9 Zigaretten verringert haben. Ähnliche Resultate werden in der Review-Studie von Fichtenberg und Glantz (2002) präsentiert. Die Autoren und Autorinnen des Reviews kommen ebenfalls zur Schlussfolgerung, dass rauchfreie Arbeitsplätze sowohl Nichtraucher vor dem Passivrauch schützen als auch Raucher zum Aufhören oder Reduzieren motivieren. Im Total werden täglich pro Kopf (Raucher wie Nichtraucher) 1.3 Zigaretten weniger geraucht, was einer Konsumreduktion von 29% entspricht. Aufgrund der Studien, in denen zwischen ganz und teilweise rauchfreien Betrieben differenziert wird, schlussfolgern die Autoren, dass der Effekt auf den Konsum und die Raucherprävalenz in gänzlich rauchfreien Betrieben im Vergleich zu den teilweise rauchfreien Betrieben doppelt so stark ist. Bezüglich Rauchentwöhnungsprogrammen in Betrieben zeigen die Reviews von Eriksen und Gottlieb (1998) oder Janer et al. (2002) eine 3-25% Nettodifferenz zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich einem Rauchstopp (Eriksen & Gottlieb, 1998). Im zweiten Review ist diese Differenz geringer (5-6%) (Janer, Sala, & Kogevinas, 2002).

Über das Setting Betriebe (vgl. Settingansatz, Abschnitt 3.1) können insbesondere Gruppen von Personen erreicht werden, die eine höhere Raucher-Prävalenz haben: Männer im erwerbsfähigen Alter und Personen aus niedrigen sozioökonomischen Schichten, die über andere Kanäle nur schwer erreichbar sind. Zudem können erwerbstätige Jugendliche und Lehrlinge aus allen Bevölkerungsschichten erreicht werden, wodurch sozialer Ungleichheit in der Gesundheit frühzeitig entgegengewirkt werden kann. Die Effekte der betrieblichen TP sind bei Jugendlichen besonders gross: So zeigen Farkas et al. (2002), dass erwerbstätige Jugendliche in gänzlich rauchfreien Betrieben

mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit jemals Rauchen als Jugendliche in Betrieben mit weniger strikten Regelungen (Farkas, Gilpin, White, & Pierce, 2002).

### **Handlungsbedarf in der Schweiz<sup>1</sup>**

Die tabakbedingten Kosten in der Schweiz, d.h. Produktionsausfälle durch tabakbedingte Krankheiten, Todesfälle und Invalidität, werden pro Jahr auf 3'809 Milliarden Franken geschätzt (Vitale, Priez, & Jeanrenaud, 1998). Eine andere Studie beziffert die aufgrund des Tabakkonsums verlorenen Arbeitstage für das Jahr 1995 auf 4 Millionen (Frei, 1998).

Die betriebliche Tabakprävention in der Schweiz wurde zu Projektbeginn bereits über das Arbeitsgesetz geregelt (Wegleitung zur Verordnung 3 des Arbeitsgesetzes, Art. 19 Nichtraucherchutz). Darin heisst es: „Der Arbeitgeber hat im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten dafür zu sorgen, dass die Nichtraucher nicht durch das Rauchen anderer Personen belästigt werden.“ Trotz dieser gesetzlichen Grundlagen stellte Passivrauchen am Arbeitsplatz in der Schweiz zu Beginn des vorliegenden Projektes ein grosses Public-Health-Problem dar. Die Ergebnisse des Tabakmonitorings, einer repräsentativen Telefonumfrage zum Tabakkonsum der Schweizer Bevölkerung (Krebs, Keller, Rübli, & Hornung, 2005), zeigen:

- 45% der erwerbstätigen, nicht-rauchenden Personen sind am Arbeitsort dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt.
- 72% dieser Personen fühlen sich durch den Tabakrauch belästigt.
- 16% der Erwerbstätigen sind mehr als drei Stunden die Woche dem Passivrauch ausgesetzt.
- Insbesondere junge Erwerbstätige und Lehrlinge sind am Arbeitsort dem Passivrauch am längsten ausgesetzt.

Frühere Ergebnisse einer telefonischen Betriebsumfrage zu den Themen Alkohol und Tabak in 700 Schweizer Betrieben mit mehr als 100 Mitarbeitenden (Buchmann & Müller, 2001) zeigen:

- 70% der Betriebe haben tabakpräventive Regeln und Massnahmen erlassen.
- Die Einführung der Regulationen fand bei knapp der Hälfte der Betriebe erst in den 90er Jahren statt.

---

<sup>1</sup> Das Schweizerische Parlament verabschiedete während der Projektlaufzeit am 3. Oktober 2008 ein Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen. Das Gesetz und die Verordnung wurden am 1. Mai 2010 schweizweit eingeführt. Seit dem 1. Mai 2010 ist es verboten, in geschlossenen Räumen, in welchen sich mehrere ArbeitnehmerInnen aufhalten oder öffentlich zugänglich sind, zu rauchen (Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen, Stand 03.10.08, Artikel 1-7). Den Kantonen bleibt es jedoch vorbehalten, strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit zu erlassen.

- 16% dieser Betriebe schreiben ein generelles Rauchverbot im ganzen Betrieb vor, 70% verfügen über ein Rauchverbot am Arbeitsplatz.
- Mitarbeitendeninformation zur Tabakprävention findet in nur 39% dieser Betriebe statt, 36% der Betriebe verfügen über schriftlich festgehaltene Regeln zu Massnahmen zur Tabakprävention.
- 44% der Betriebe wünschen mehr Information zur Tabakprävention im Betrieb.
- 13% der Betriebe bieten Ausstiegshilfen für Mitarbeitende an, die mit dem Rauchen aufhören wollen.
- Tabakprävention stösst in 24% der Betriebe auf Widerstände, vor allem seitens der Raucherinnen und Raucher.

Daten aus kleinen Betrieben mit weniger als 100 Mitarbeitenden liegen nicht vor. Allerdings halten die Autoren des Berichts fest: „Betriebe mit weniger als 500 Mitarbeitenden setzen überproportional weniger personelle und finanzielle Mittel für suchtpreventive Massnahmen ein. Diese Aussage kann sicherlich – obwohl nicht in der Stichprobe enthalten – auch auf Unternehmen mit weniger als 100 Mitarbeitenden ausgedehnt werden“ (Buchmann & Müller, 2001, p. 9).

## 2.2 Projektziele und Projektstrategien

Das Projekt „Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ hatte zum Ziel, Tabakprävention stärker in Unternehmen und Verwaltungen im Kanton Zürich zu verankern, indem Tabakpräventionsstrategien in einen umfassenden Ansatz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements integriert wurden.

Zur Erreichung der Projektziele wurden die folgenden vier Strategien verfolgt:

- A) Integration bestehender Tabakpräventions-Strategien in ein systematisches Programm für BGF
- B) Sensibilisierung und Akquisition von Betrieben für die integrierte Tabakprävention
- C) Externe Unterstützung der in BGF integrierten Tabakprävention in Betrieben
- D) Formative Evaluation, Wirksamkeitsüberprüfung und Entwicklung evidenzbasierter Verbreitungsstrategien

Für jede Strategie wurden vor Projektbeginn die folgenden **Prozessziele** mit den jeweils spezifischen Massnahmen festgelegt:

Zunächst werden die Grundlagen für die Integration bestehender Tabakpräventionsstrategien in ein systematisches Programm für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) erarbeitet (**Strategie A**). Hierzu werden Leitfäden und Kommunikations-

Unterlagen für die Sensibilisierung, Akquisition und Unterstützung bei der Umsetzung von Tabakprävention im Rahmen von BGF erstellt. Diese werden anschliessend stufenweise in der Praxis eingesetzt. Zusätzlich wird ein operatives Netzwerk mit Projektpartnern der Tabakprävention im Kanton Zürich aufgebaut.

Anschließend erfolgt die flächendeckende Sensibilisierung (**Strategie B1**) in allen öffentlichen und privaten Unternehmen im Kanton Zürich mit 20 und mehr Mitarbeitenden ( $N = \text{ca. } 5'000$ ). Zur Bildung von Interventions- und Kontrollgruppen wird das Mailing variiert:

- 4'000 Betriebe mit >20 Mitarbeitenden erhalten ein Mailing bezüglich integrierter Tabakprävention und dem Projekt „arbeitsplatz.rauchfrei“ (Interventionsgruppe I: Sensibilisierung),
- 1'000 Betriebe mit >20 Mitarbeitenden erhalten nur ein Mailing bez. Projekt „arbeitsplatz.rauchfrei“ (Kontrollgruppe I: Sensibilisierung),
- Es wird erwartet, dass 1'000 Betriebe der Interventions- und Kontrollgruppe I einen Baseline Fragebogen zu Tabakprävention inkl. externem Unterstützungsbedarf retournieren,
- 600 Betriebe erhalten ein stufengerechtes, vertieftes Info-Mailing (Interventionsgruppe II).

In einem nächsten Schritt werden diese Betriebe, bei Interesse, zu überbetrieblichen Informationsveranstaltungen ( $N = \text{ca. } 150$  Betriebe) oder zu Beratungsgesprächen ( $N = \text{ca. } 50$  Betriebe) eingeladen. Wo sich ein entsprechender Bedarf und Interesse seitens der Unternehmen ergibt, werden diese zusätzlich vor Ort (**Strategie C**) durch das Beratungszentrum bei der Umsetzung der in BGF integrierten Tabakprävention unterstützt ( $N = \text{ca. } 30$  Betriebe) bzw. an die Lungenliga für Ausstiegskurse vermittelt ( $N = \text{ca. } 30$  Betriebe). Diese Entwicklungs- und Umsetzungsstrategien werden eng von einer formativen Evaluation (**Strategie D1**) begleitet, welche zur Optimierung der Prozesse und Produkte beiträgt. Die Wirksamkeitsüberprüfung (**Strategie D2**) erhebt die Veränderungen bez. Wissen, Einstellung und Verhalten im Bereich betrieblicher Tabakprävention. Die Ergebnisse der formativen Evaluation und der Wirksamkeitsüberprüfung fliessen in die Entwicklung evidenzbasierter Verbreitungsstrategien für Tabakprävention in Betrieben ein (**Strategie D3**).

Die Umsetzung dieser Prozessziele dient der Erreichung folgender **Ergebnisziele**:

In den Betrieben, in welchen die integrierte Tabakprävention umgesetzt wurde, sind folgende Ziele in höherem Grad erreicht als in der Kontrollgruppe I (Sensibilisierung) und Kontrollgruppe II (Akquisition/Umsetzung):

1. Die Betriebe besitzen ein grösseres Wissen zu den Folgen des Tabakkonsums in Betrieben und zu Massnahmen der Tabakprävention (Wissensebene).
2. Die Betriebe haben verbesserte Einstellungen und Erwartungshaltungen gegenüber der Tabakprävention und ihrer Umsetzung (Einstellungsebene).
3. Die Anzahl Betriebe mit klarer Rauchregelung ist gestiegen (Verhältnissebene).
4. Die Betriebe zeigen eine höhere Registrationsrate auf der Webseite des nationalen Projektes „arbeitsplatz.rauchfrei“ (Verhältnissebene).

In der nachfolgenden Grafik werden die Projektziele und Strategien noch einmal zusammenfassend dargestellt:

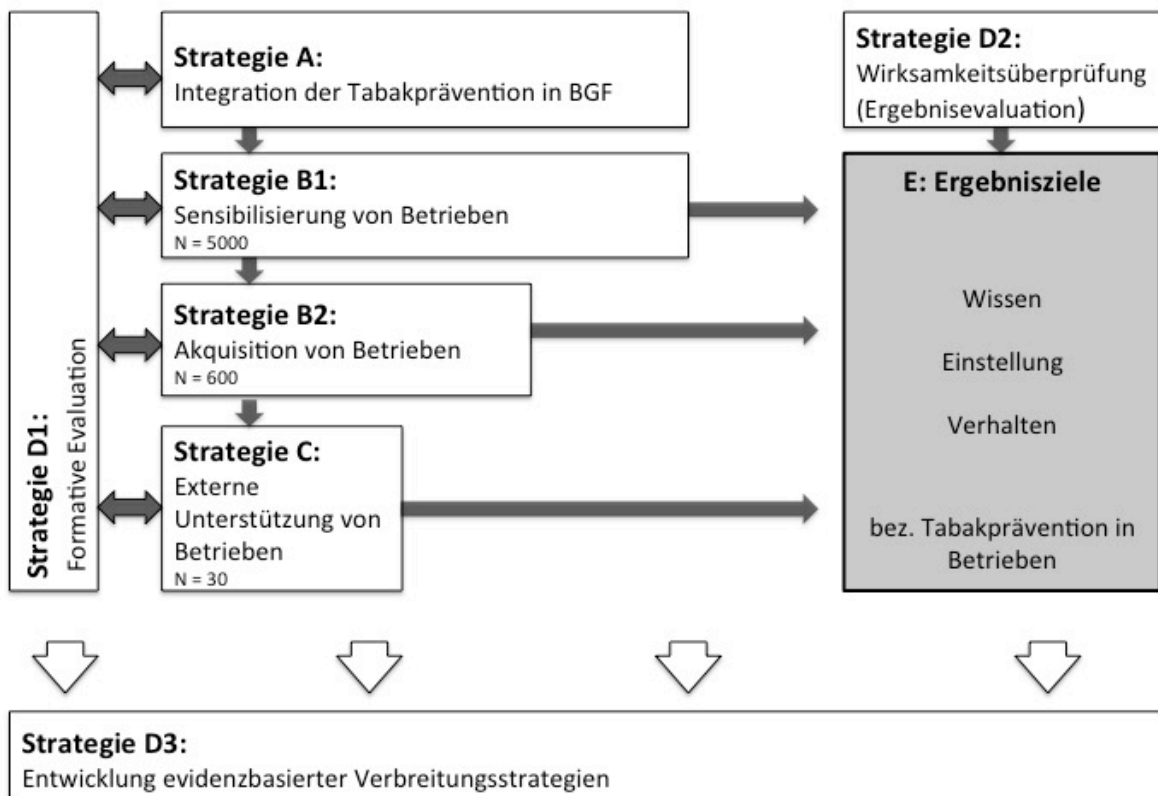


Abbildung 1: Strategien und Projektziele (G. F. Bauer, Jenny, Deplazes, & Lehmann, 2009)

## 2.3 Zielgruppe

Das Projekt zur integrierten Tabakprävention spricht private und öffentliche Unternehmen inkl. kantonale Verwaltungen im Kanton Zürich mit 20 oder mehr Mitarbeitenden an. So lassen sich 5'000 Betriebe mit ca. 460'000 Mitarbeitenden erreichen.<sup>2</sup> Innerhalb der Betriebe zielt das Projekt sowohl auf Rauchende (Erleichterung des Ausstiegs durch Rauchregelungen und Vermittlung von Ausstiegskursen) als auch auf Nichtraucher (Schutz vor Passivrauch, reduzierter Anreiz mit dem Rauchen zu beginnen). Auf die Ansprache von Betrieben mit weniger als 20 Mitarbeitenden wurde unter Abwägung des Aufwand-Nutzenverhältnis verzichtet, da in dieser Gruppe nur ca. 300'000 Mitarbeitende erreicht würden, jedoch ca. 65'000 Betrieben kontaktiert werden müssten. Zudem sind in Kleinbetrieben die Bedingungen für eine systematische BGF mit integrierter Tabakprävention in der Regel nicht gegeben.

Durch die regelmässige Kommunikation über das Projekt sind indirekt auch politische und wirtschaftliche Entscheidungsträger (z.B. BAG, seco, Arbeitnehmer-/ Arbeitgeberorganisationen) sowie Fach- und Publikumsmedien Zielgruppe des Projekts (vgl. hierzu auch die Empfehlungen für TP Akteure, Abschnitt 6.2.1, Seite 53).

## 2.4 Projektarchitektur und Projektumsetzung

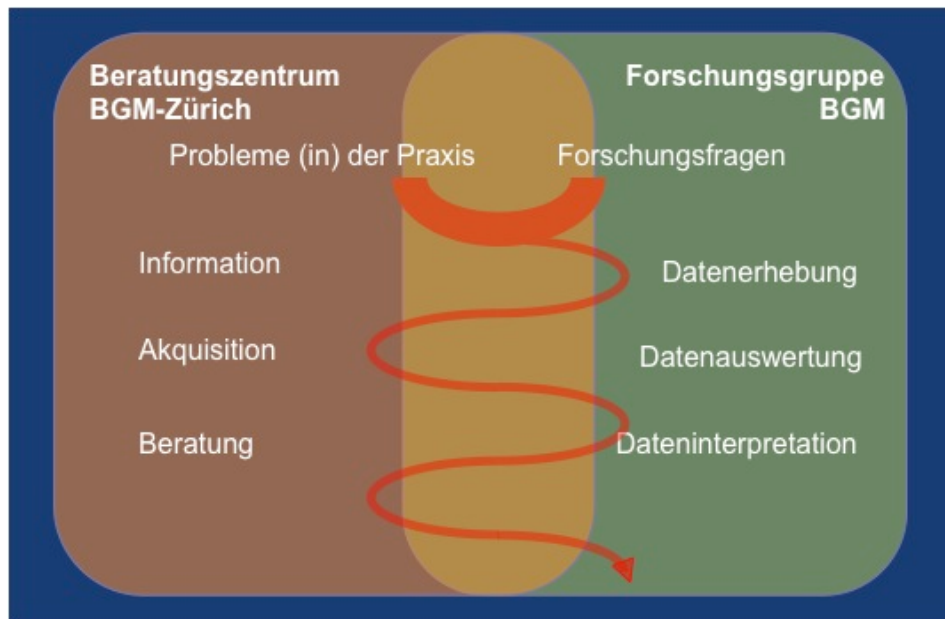
Das hier vorgestellte Projekt (Laufzeit 2006-2009) wurde vom Schweizer Tabakpräventionsfonds gefördert.

Die Umsetzung des Projektes erfolgte durch eine Forschungspraxis-Kooperation, bestehend aus der Forschungsgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement und dem Beratungszentrum BGM-Zürich, die beide der Abteilung „Gesundheitsforschung und Betriebliches Gesundheitsmanagement“ der Universität Zürich und der ETH Zürich angehören. Die Forschungsgruppe untersucht gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen und gesundheitsorientierte Veränderungsprozesse in Organisationen. Das Beratungszentrum ist eine dienstleistungsorientierte Entwicklungs- und Umsetzungsplattform für BGM im öffentlichen und privaten Sektor, dessen MitarbeiterInnen zur Umsetzung von BGM oder einzelnen BGF-Massnahmen beraten und unterstützen.

Die Forschungs-Praxis-Kooperation garantiert eine enge Vernetzung von Forschung, Entwicklung und Umsetzung in allen Projektphasen (vgl. Abbildung 2):

---

<sup>2</sup> Das nationale Projekt „arbeitsplatz.rauchfrei“, das auf Unternehmen mit mehr als 50 Mitarbeitenden fokussiert, wird somit positiv ergänzt, da aufgrund bisheriger Studien anzunehmen ist, dass gerade in kleineren Betrieben mit 20-50 Mitarbeitenden noch besonders grosser Nachholbedarf für Tabakprävention inkl. Rauchregelungen besteht.



**Abbildung 2: Beratungs-Forschungskooperation (Friedrich & Bauer, 2008)**

Innerhalb dieser Beratungs-Forschungskooperation wurden bereits mehrere Interventionsstrategien erprobt und schließlich zu dem hier vorgestellten Verfahren weiterentwickelt (G. Bauer & G. Jenny, 2007; G. F. Bauer, Jenny, Inauen, Deplazes, & Lehmann, 2008; G. F. Bauer & G. J. Jenny, 2007; G. Jenny, Lehmann, Deplazes, & Bauer, 2006).

In diesem Projekt übernahm das Beratungszentrum die eigentliche Verbreitung der integrierten TP (Dissemination) sowie die Unterstützung bei der Implementierung in den Betrieben. Die Forschungsgruppe übernahm die Entwicklung und Auswertung des Fragebogens (Assessment), welcher die Grundlage für die Ansprache der Zielgruppe bildete, sowie für die formative und summative Evaluation aller Disseminationsphasen.

Darüber hinaus wurden Projektpartnerschaften mit weiteren Akteuren (Lungenligen Zürich und Basel, Züri Rauchfrei) in der Tabakprävention geschlossen. Diese Partner sind etablierte Anbieter von Rauchstopptrainings und brachten ihr Know-how zur Tabakprävention in das Projekt ein.



### 3 Konzeptionelle Grundlagen

#### 3.1 Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting

Seit langem ist bekannt, dass die Arbeitssituation und -aufgabe sowie deren organisatorische Gestaltung die menschliche Gesundheit sowohl schädigen als auch fördern können. Der Grossteil der Beschäftigten verbringt die meiste Zeit des Tages im Betrieb und ist mit den dort auftretenden Belastungen und Herausforderungen konfrontiert. Die Einflüsse der Arbeit reichen jedoch noch weiter: So haben Art und Gestaltung der Erwerbstätigkeit in erheblichem Umfang Auswirkungen auf die Lebenssituation und den Lebensstil von Menschen und somit auf ihre Gesundheit („long arm of the job“).

Vor diesem Hintergrund stellt der Arbeitsplatz ein wichtiges und einflussreiches Setting mit erheblichen Gesundheitspotentialen dar. Als Setting werden alltägliche Lebensbereiche bezeichnet, in denen die Menschen regelmäßig einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen, dazu zählen neben Betrieben auch die Schule oder das Wohnumfeld (Städte, Gemeinden). Der Setting-Ansatz baut auf einem Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung auf, bei dem Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird (G. Bauer & G. Jenny, 2007; Haberland, 1998). Dabei wird Gesundheit als Beziehungs- und Gemeinschaftsprodukt verstanden und Gesundheitsförderung als Prozess, die Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen, zu gewinnen und zu stärken (Haberland, 1998).

Der Setting-Ansatz umfasst drei zentrale Aspekte (Kilian, Brandes, & Köster, 2008; Kilian, Geene, & Philippi, 2004), die auch bei der Ausgestaltung der integrierten Tabakprävention berücksichtigt wurden:

- Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen (individuelle Ebene),
- Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen (Ebene der Strukturbildung) und
- Partizipation durch systematische Einbindung möglichst vieler Personen(gruppen).

Zielgruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind alle Mitarbeitenden, d.h. auch Auszubildende, Beschäftigte in Kleinbetrieben sowie in prekären und ungeschützten Arbeitsverhältnissen. Im Betrieb ist es möglich, alle Beschäftigten einzubeziehen – auch Zielgruppen, die sonst nur schwer erreichbar sind –, um den bestehenden Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen und ihren Gesundheits- und Lebenserwartungen entgegenzuwirken (vgl. Abschnitt 2.3.).

### 3.2 Transtheoretisches Modell nach Prochaska

Das Transtheoretische Modell (TTM) nach Prochaska (Maurischat, 2001; J. M. Prochaska, 2000; J. O. Prochaska et al., 2008) wird seit kurzem auch auf den organisationalen Kontext übertragen (Lehmann, Deplazes, Bauer, & Reuter, 2006). Es handelt sich um ein Stufenmodell (vgl. Tabelle 1), mit dem Veränderungen und die Veränderungsbereitschaft auf individueller und organisationaler Ebene erfasst werden können (G. J. Jenny & Bauer, Under Revision; J. M. Prochaska, 2000).

**Tabelle 1: TTM-Stufen (G. Bauer & G. Jenny, 2007 nach Prochaska, 2000)**

| Stufe / Stadium                    | Merkmale des Stadiums  |
|------------------------------------|--|
| Präkontemplation (Erstbetrachtung) | Kein Interesse: Veränderung bzw. Maßnahmenimplementierung wird nicht in Erwägung gezogen |
| Kontemplation (Erwägung)           | Interesse, ohne Umsetzung von Maßnahmen: Ernsthaftes Abwägen einer Veränderung           |
| Vorbereitung                       | Absicht zur Umsetzung: Absicht, das Problemverhalten aufzugeben                          |
| Handlung                           | Umsetzung: aktive Versuche der Implementierung   |
| Aufrechterhaltung                  | systematische Umsetzung: (aktive und dauerhafte) Umsetzung von Maßnahmen                 |
| (Beendigung)                       | Abbruch der Maßnahme   |

Das TTM beeinflusste im Rahmen der integrierten Tabakprävention einerseits das Assessment (Strategie B). Es bildete die Basis für den Fragebogen, um den Stand der Tabakprävention aber auch des BGM auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene zu erheben.

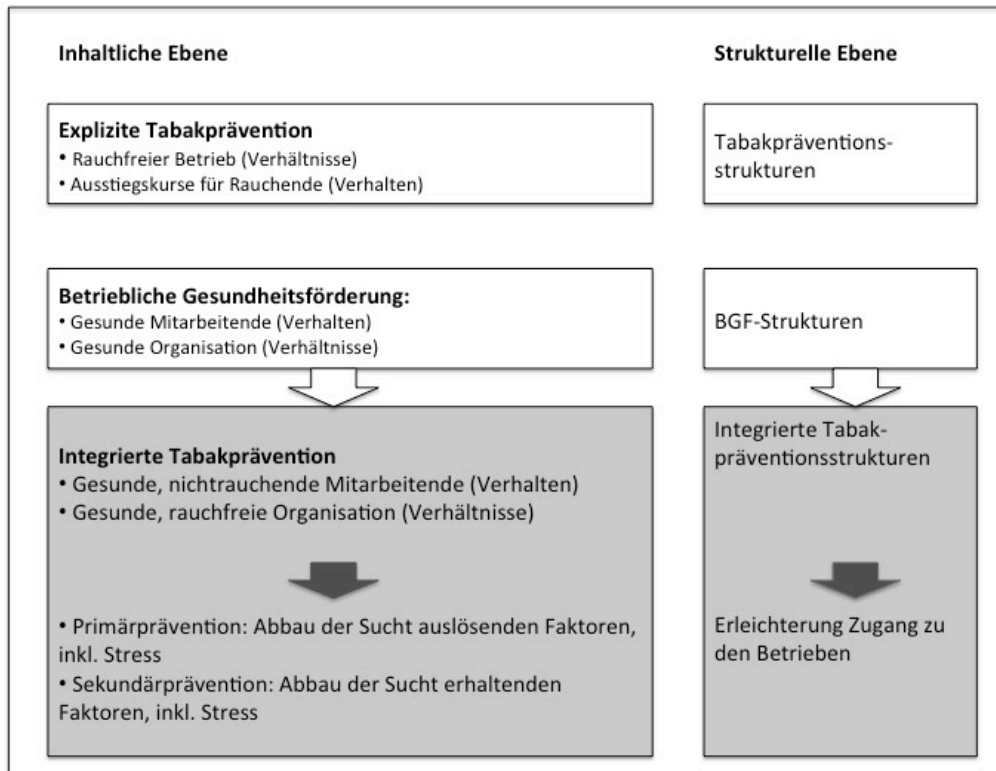
Andererseits diente das TTM auch der Entwicklung stufengerechter Informations- und Unterstützungsangebote. Die Einordnung von Unternehmen in dieses Schema ermöglicht es, diese anhand ihrer gesundheitsrelevanten und unternehmensspezifischen Charakteristika anzusprechen und etwaige Interventionen bedarfsgerecht anzupassen (Kreuter, Strecher, & Glassman, 1999). In der Phase der Kontemplation und Vorbereitung besteht vor allem genereller Informationsbedarf, entweder in Form von allgemei-

nen Informationsveranstaltungen oder in kurzer schriftlicher Form. Der Bedarf an Prozess- und Umsetzungswissen erhöht sich in der Adoptions- und Umsetzungsphase. Während der Implementierung und Verstetigung werden Faktoren wie Vernetzung und allgemeiner Erfahrungsaustausch relevant. Für Intervenierende sind Organisationen in der Phase der Präkontemplation am schwierigsten zu erreichen. Es wird angenommen, dass durch den Versand von Fragebogen das Interesse stimuliert werden kann, da durch die Beantwortung von Fragen eine Selbstreflektion angeregt wird (Inauen, Jenny, & Bauer, Submitted March 2010; G. J. Jenny & Bauer, Under Revision).

### **3.3 Integrierte Tabakprävention als soziale Innovation**

Interventionen, die sich auf einzelne Gesundheitsthemen beschränken, haben häufig nur einen beschränkten Erfolg (Badura, Schröder, & Vetter, 2009; Goldgruber & Ahrens, 2010). Daher wird heute sowohl in der Gesundheitsförderung allgemein (Perkins, Simnett, & Wright, 1999) und speziell auch in der BGF (De Greef, Van den Broek, Prevent, & NCO Belgium 2004; ENWHP, 1997; Shain & Kramer, 2004) empfohlen, multidimensionale Interventionsansätze zu verfolgen, die verschiedene Gesundheitsthemen vereinen.

In der Projektvorbereitung zeigte sich, dass Betriebe einerseits sehr zurückhaltend auf isolierte Tabakprävention reagieren, andererseits jedoch im Rahmen von Gesprächen zum Thema BGF vermehrt einen Informations- und Beratungsbedarf bezüglich Tabakpräventionsstrategien äussern. Daraus entwickelte sich die Idee, Tabakprävention in BGF zu integrieren und dadurch leichter in die Betriebe zu bringen. Ausserdem ermöglicht diese Integration, dass Tabakprävention mit einem positiven Thema wie der Gesundheitsförderung gekoppelt wird und damit die Akzeptanz durch die Belegschaft gesteigert wird (vgl. Abbildung 3).



**Abbildung 3: Integration von Tabakprävention in BGF (G. F. Bauer et al., 2009)**

Die Umsetzung der integrierten Tabakprävention verspricht höhere Effizienz, da sie in Kombination mit der Verbesserung von organisationalen Strukturen und Prozessen, der Stärkung von personalen Ressourcen und der Auseinandersetzung mit dem individuellen Verhalten erfolgt (vgl. Prinzipien des Settingansatzes, S. 16). Es wird eine generelle Reduktion von psychosozialen Belastungsfaktoren und die Stärkung von Gesundheitspotenzialen angestrebt. Die integrierte Tabakprävention profitiert von den Erfahrungen und den bestehenden Strukturen und Strategien von etablierten BGF-Programmen, insbesondere bezüglich des Zugangs zu Unternehmen und der Umsetzung von Gesundheitsförderungsstrategien in diesem Setting. Dementsprechend werden mit der integrierten Tabakprävention mehr Betriebe für Tabakprävention sensibilisiert und die Inanspruchnahme von Massnahmen zur Tabakprävention in Betrieben erhöht.

Da die Tabakprävention im Rahmen eines systematischen und nachhaltigen BGF-Prozesses stattfindet, profitiert sie auch von der positiven Konnotation der Gesundheitsförderung. Nunmehr stehen nicht die Reglemente und Verbote, sondern gesunde Mitarbeitende in einer gesunden Organisation im Zentrum. Daraus entsteht eine höhere Akzeptanz von Suchtprävention in Betrieben. Durch die Integration der Tabakprävention in BGF-Prozesse erfolgt ihre Umsetzung auch nach deren Grundsätzen, wie sie in der Luxemburger Deklaration beschrieben werden (ENWHP, 1997).

### 3.4 Grundlagen für die aktive Verbreitung: Sozialmarketing und Interventionsforschung

Die besten Innovationen nutzen niemandem, wenn sie nicht von der Praxis angenommen und umgesetzt werden. Daher werden Verbreitungsstrategien entwickelt, um den Transfer und die Umsetzung in die Praxis zu fördern. Handelt es sich bei der Verbreitung um einen geplanten und aktiven Prozess, wird dieser auch als Dissemination bezeichnet (Lomas, 1993). Die meisten Verbreitungsstrategien orientieren sich an den Prinzipien und Techniken des Marketings. Im Rahmen sozialer Interventionen spricht man von Sozialmarketing (social marketing) (Dearing, Maibach, & Buller, 2006; Koziol, Pförsch, Heil, & Albrecht, 2006). Aufbauend auf diesen Prinzipien wurden im Rahmen des Projektes seitens des Beratungszentrums Marketingstrategien entwickelt, die die Vermarktung der sozialen Innovation „integrierte TP“ zum Ziel hatten. Zu den umgesetzten Marketingtechniken zählten (Deplazes & Hofmann, April 2007):

- Die Erstellung eines Strategiepapieres (Positionierung gegen Innen) mit Etablierung eines Grundverständnisses,
- Die Durchführung einer SWOT-Analyse für bereits vorhandene Materialien, inkl. Analyse der Webseite,
- Die Erstellung einer Darstellungsplattform (Webseite), von Informationsmaterialien und Kommunikationsgrundlagen (Positionierung gegen Aussen),
- Eine Umfeldanalyse, inkl. potentielle Partnerschaften, Synergien, Wettbewerbskräfte sowie gesellschaftliche Trends zu den Themen Gesundheit und Rauchen sowie
- eine umfassende Zielgruppenanalyse.

Darüber hinaus erfolgte die

- Entwicklung evidenzbasierter Verbreitungsstrategien in Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe BGM im Rahmen der formativen Evaluation sowie die
- Entwicklung eines Monitorings, welches gleichzeitig der Projektevaluation (summative Evaluation) diene.

Die hierzu notwendigen Impulse und Grundlagen wurden aus der (1) Evaluations- und (2) Innovationsforschung generiert, die sich ebenfalls mit dem Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis beschäftigen.

- (1) Aus dem Bereich der Evaluation in der Gesundheitsförderung ist bekannt, dass es nicht ausreicht, lediglich den Nachweis zur Wirksamkeit einer Intervention zu erbringen (Russell E. Glasgow & Emmons, 2007; R. E. Glasgow, Vogt, & Boles, 1999). Es bedarf eines Belegs, dass die intendierten Massnahmen auch die richtige Zielgruppe erreichen und von den ausführenden Instanzen wie vorgesehen umgesetzt werden. Darüber hinaus sollten die Interventionen nachhaltig

umgesetzt werden. Hierfür haben Glasgow et al. (1999) einen erweiterten Evaluationsansatz entwickelt – das RE-AIM-Modell –, welches neben einer Wirksamkeitsprüfung auch alle anderen relevanten Dimensionen berücksichtigt. Dazu gehören: Reach (R) – erreichbare Teilnehmer, Efficacy (E) – Wirksamkeit, Adoption (A) – Übernahme seitens der Organisation, Implementation (I) – Implementierung nach Plan sowie Maintenance (M) – Aufrechterhaltung über einen bestimmten Zeitraum hinweg. Bislang wurde RE-AIM vor allem im angloamerikanischen Raum eingesetzt. Im Rahmen des hiesigen Projektes wurde RE-AIM als Evaluationsmodell genutzt, um über die verschiedenen Interventionsstufen hinweg Aussagen über die Wirksamkeit der Verbreitungsstrategie zu treffen und eine allfällige Anpassung vorzunehmen (vgl. hierzu auch Abschnitt 4, Seite 22).

- (2) Der Einfluss der Innovationsforschung zeigt sich vor allem darin, dass die Verbreitung der integrierten Tabakprävention (Dissemination) nicht nur als einseitiger Transfer von den „Experten“ des Beratungszentrums in die Praxis der Betriebe erfolgte. Dissemination wird vielmehr als zweiseitiger, kommunikativer Prozess verstanden, in dem die zu implementierende Innovation (Integrierte TP) und der spezifische Kontext (Betriebliches Setting) wechselseitig aufeinander abgestimmt und angepasst werden. Konkret bedeutet dies im Projekt, dass ein Transfer von der Praxis erfolgte, indem die integrierte TP als Massnahme an die betrieblichen Bedarfe angepasst wurde. Der Transfer in die Praxis erfolgte durch die gezielte Verbreitung von Informationen im betrieblichen Setting, um auch dort Veränderung zu bewirken. Die Umsetzung von Innovationen basiert demzufolge auf beidseitigem Lernen (Crosswaite & Curtice, 1994; Kehrbaum, 2009) sowohl seitens der Betriebe als auch des Beratungszentrums.

Für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung lässt sich konstatieren, dass wir weniger über eine fachliche Wissenslücke, in Form mangelnder Forschungsergebnisse und Innovationen, als über mangelndes Umsetzungswissen verfügen: Wir wissen wenig über die konkrete Ausgestaltung von zielgruppenspezifischen Ansprachen (Kramish Campbell & Quintiliani, 2006; Richard & Wensing, 2004), obwohl die zielgruppenspezifische Kommunikation (Tailoring) für individuumsbezogene Interventionen bereits etabliert und auf der organisationalen Ebene geprüft wurde (G. J. Jenny & Bauer, Under Revision). Darüber hinaus hält sich trotz wiederholter Kritik (Russell E. Glasgow & Emmons, 2007; Mendel, Meredith, Schoenbaum, Sherbourne, & Wells, 2008; Nutley, Walter, & Davies, 2003) der Mythos, dass Evidenzen in der Gesundheitsförderung nur durch kontrollierte Studien und Meta-Analysen gezeigt werden können (National Collaborating Centre for Methods and Tools 2010). Gescheiterte Interventionsversuche werden meist mit methodologischen Limitierungen innerhalb des Forschungs- bzw. Interventionsdesigns und weniger mit Kontextbedingungen während der Implementierungsphase begründet (Saksvik, Nytrö, Dahl-Jørgensen, & Mikkelsen, 2002). Dennoch

werden in der Literatur mehrere Erfolgsfaktoren der Implementierung von Interventionen beschrieben (Crosswaite & Curtice, 1994; Fixsen, Naom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Graham et al., 2006; Nutley et al., 2003), jedoch nur wenig über die vorgeschalteten strategischen Aspekte der Dissemination (Yuan et al., 2010). Dessen ungeachtet werden Disseminationsstrategien zunehmend zum integralen Bestandteil des Forschungsprozesses (Tetroe et al., 2008).

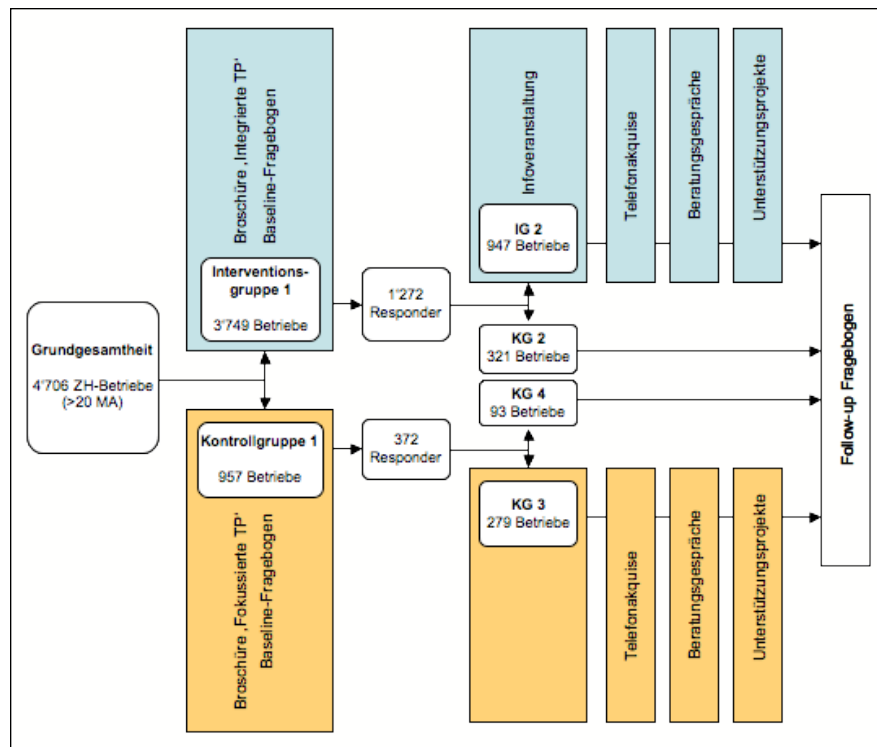
#### 4 Interventionsdesign im Überblick

Im Vorfeld des Projekts erhielten alle Betriebe eine Broschüre der nationalen Initiative „arbeitsplatz.rauchfrei“, welche die selbstmotivierte Einführung von „rauchfrei-Regelungen“ anstrebte. Die Betriebe wurden zwischen Februar 2006 und September 2008 auf das Projekt aufmerksam gemacht und dazu ermutigt, sich auf einer Internetseite für die Teilnahme an der Aktion anzumelden und an einem Wettbewerb teilzunehmen. Dies ist insofern relevant, als die nachfolgenden Interventionen des Projekts auf dieser ersten Sensibilisierung aufbauten und die Anzahl der Selbstverpflichtungen als ein Wirksamkeitsindikator für das Projekt verwendet wurde.

Die im Rahmen des Projekts umgesetzten bzw. geplanten Interventionen richteten sich an die Grundgesamtheit aller Zürcher Betriebe mit mehr als 20 Mitarbeitenden (4'706). Diese Grundgesamtheit wurde zunächst zufällig aufgeteilt in Interventions- und Kontrollgruppe 1 (IG1 und KG1).

**Interventionsgruppe 1:** Die Betriebe der IG1 (3'749) erhielten ein Massenmailing mit einem Fragebogen und einer Broschüre (siehe Anhang), die die Vorteile der Integration von Tabakprävention in ein BGM- Konzept darstellte. Diejenigen IG1-Betriebe, die den Fragebogen beantworteten (1'272), wurden zufällig aufgeteilt in Interventions- und Kontrollgruppe 2.

**Kontrollgruppe 1:** Die Betriebe der KG1 (957) erhielten ein Massenmailing mit dem Fragebogen und nochmals (wie bereits im Vorfeld) die „arbeitsplatz.rauchfrei“-Broschüre, die betriebliche Tabakprävention als singuläres Thema darstellte. Diejenigen KG1-Betriebe, die den Fragebogen bearbeiteten (372), wurden zufällig aufgeteilt in Kontrollgruppe 3 und 4.



**Abbildung 4: Überblick über die Maßnahmen der Strategien B und C in der Interventions- und in der Kontrollgruppe (Friedrich, Brügger, & Hoffmann, 2009)**

Während die Kontrollgruppen 2 und 4 ohne weitere Intervention blieben, sollten die Betriebe der **Interventionsgruppe 2** (947) bzw. Subgruppen der IG2 durch das Beratungszentrum BGM Zürich verschiedene, gestufte Interventionen erhalten, in denen Tabakprävention im Rahmen eines umfassenden BGM-Konzepts angeboten wurde (,integrierte Tabakprävention’):

- *Informationsveranstaltungen:* Die Informationsveranstaltungen sollten für die Themen TP und BGM sensibilisieren und über die Umsetzung von TP-Massnahmen im Rahmen eines BGM-Konzepts informieren. Alle Betriebe der IG2 erhielten eine Einladung zu den Veranstaltungen, angestrebt waren 150 teilnehmende Betriebe.
- *Telefonakquise:* Die Telefonakquise hatte das Ziel, ein Beratungsgespräch zum Thema Tabakprävention und BGM zu vereinbaren. Da die IG2 zu gross war, um alle Betriebe zu kontaktieren, wurden Betriebe nach folgenden Kriterien ausgewählt:
  - Betriebsgrösse. Um den Public-Health Impact der Intervention zu maximieren, wurden alle 36 IG2-Betriebe mit mehr als 250 Mitarbeitenden kontaktiert.



- Nachfrage nach Dienstleistung. Die mittelgrossen und kleinen Betriebe wurden gemäss der im Fragebogen geäusserten Nachfrage nach einer bestimmten Dienstleistung angesprochen:
  - Diejenigen Betriebe, die im Fragebogen Nachfrage nach einem persönlichen Beratungsgespräch geäussert hatten (43 Betriebe).
  - Eine Stichprobe derjenigen Betriebe, die Interesse am Thema ‚rauchfreier Betrieb‘ geäussert hatten (30 von 61 Betrieben).
  - An die Lungenliga Basel vermittelt wurden 62 Betriebe, die Interesse an Rauchstopp-Kursen geäussert hatten (diese wurden allerdings von der Lungenliga nicht kontaktiert).
- Passivrauch-Probleme. Eine Stichprobe von Betrieben, die von überdurchschnittlich grossen Problemen mit Passivrauch berichtet hatte (9 Betriebe).
- *Beratungsgespräche*: Die Betriebe, die bei der Telefonakquise entsprechendes Interesse gezeigt hatten, erhielten ein persönliches (grosse und mittelgrosse Betriebe) bzw. telefonisches (kleine Betriebe) Beratungsgespräch. Dieses hatte zum Ziel, Informationen zu den Themen BGM und Tabakprävention zu vermitteln, konkrete Massnahmen im Betrieb anzustossen und die Durchführbarkeit möglicher weiterer Interventionen (‚Unterstützungsprojekte‘) abzuklären, wobei bei letzterem ein Schwerpunkt auf grosse und mittelgrosse Betriebe gesetzt wurde. Ziel war es, in 50 Betrieben Beratungsgespräche durchzuführen.
- *Unterstützungsprojekte*: Im Rahmen der Unterstützungsprojekte sollten konkrete Interventionen in den Betrieben umgesetzt bzw. begleitet werden. Angestrebt war die Umsetzung von Unterstützungsprojekten in 30 Betrieben. Als idealtypisches Projekt wurde dabei ein Ablauf von verschiedenen aufeinanderfolgenden Massnahmen angesehen: 1. Sensibilisierung (bspw. durch Gespräche, Einstiegsworkshops oder Infoanlässe), 2. Situationsanalyse (Mitarbeitendenbefragung), 3. Massnahmen-Entwicklung (in Gesundheitszirkeln oder Zukunftswerkstätten), 4. Massnahmen-Umsetzung, 5. Evaluation und Integration. Im gesamten Ablauf sollten gesundheitsrelevante Themen angesprochen werden, wobei Tabakprävention als ein Thema im Rahmen eines solchen Projekts zu behandeln war. Je nach Interesse und Situation des jeweiligen Betriebs konnte aber sowohl inhaltlich als auch vom Ablauf her von diesem Modell abgewichen werden, um möglichst gut auf die Bedürfnisse der Organisation einzugehen.

Die **Kontrollgruppe 3** (279) sollte durch die Lungenliga Basel<sup>3</sup> verschiedene, gestufte Interventionen erhalten, in denen Tabakprävention als singuläres Thema angeboten wurde (‚fokussierte Tabakprävention‘).

- *Informationsveranstaltungen:* Zunächst war geplant, analog zur IG2 Informationsveranstaltungen zum Thema Tabakprävention anzubieten. Aufgrund der geringen Teilnehmerate bei diesen Veranstaltungen wurde dieser Plan jedoch fallengelassen.
- *Telefonakquise:* Die Telefonakquise hatte zum Ziel, ein Beratungsgespräch zum Thema Tabakprävention zu vereinbaren. Es wurden alle KG3-Betriebe telefonisch kontaktiert, die im Fragebogen Interesse an irgendeiner Art der Dienstleistung geäußert hatten (80).
- *Beratungsgespräche:* Die Betriebe, die bei der Telefonakquise entsprechendes Interesse gezeigt hatten, sollten ein persönliches Beratungsgespräch erhalten. Dieses hatte zum Ziel, eine grobe Situationsanalyse und Auftragsklärung vorzunehmen.
- *Unterstützungsprojekte:* Bei den Unterstützungsprojekten ging es um zwei Formen der betrieblichen Tabakprävention. Zum einen sollte die Einführung bzw. Optimierung von Rauchregelungen begleitet werden. Folgender idealtypischer Ablauf wurde dafür vorgeschlagen: 1. Detaillierte Situationsanalyse, 2. Massnahmen-Entwicklung, 3. Unterstützung bei der Umsetzung der Massnahmen. Zum anderen bzw. ergänzend zur Umsetzung von Rauchregelungen wurden Rauchstopp-Kurse für Mitarbeitende angeboten, denen üblicherweise eine betriebsinterne Informationsveranstaltung vorausgehen sollte.

---

<sup>3</sup> Die Intervention durch die Lungenliga Basel war im Rahmen des vorliegenden Projektes nicht von Beginn an geplant worden. Sie ergab sich im Verlauf des Projektes durch die Kooperation mit den Projektpartnern der Basler Lungenliga.

## 5 Projektevaluation

### 5.1 Evaluationsdesign

Ein Ziel der Evaluation war es, die Wirksamkeit der ‚integrierten Tabakprävention‘ im Vergleich zur ‚fokussierten Tabakprävention‘ (siehe oben) – und damit auch indirekt diese Grundannahmen – zu überprüfen. Zum anderen sollte die Evaluation die Interventionsschritte, die durch das Beratungszentrum BGM Zürich durchgeführt wurden, begleiten und Antworten auf die für die Intervenierenden jeweils relevanten Fragestellungen geben. In der nachfolgenden Abbildung sind die Evaluationsschritte der Wirksamkeitsüberprüfung (grün) und der begleitenden Evaluation (blau) im Überblick dargestellt.

| Evaluationsgegenstand  | Evaluationsfragestellung   | Methode  |
|------------------------|--|--|
| Unterlagen (Broschüre) | Qualität der Konzeption, Textverständlichkeit  | Interviews mit Unternehmensvertretern und Projektpartnern (n = 14)       |
|                        | Wirksamkeit der Sensibilisierung durch Massenmailing (‚integrierte‘ vs ‚fokussierte‘ Broschüre)      | Baseline-Fragebogen (n = 1'648)  |
| Infoveranstaltungen    | Ursachen der geringen Teilnahmeraten   | Interviews mit Unternehmensvertretern (n = 11)                           |
| Telefonakquise         | Erfolg der Telefonakquise (bei ‚integriertem‘ vs ‚fokussiertem‘ Angebot)                             | Protokollierung der Resultate in Datenbank durch Interventionsteams      |
| Beratungsgespräche     | Beratungsqualität aus Sicht der Unternehmensvertreter  | Interviews mit Unternehmensvertretern (n = 27)                           |
|                        | Resultate der Beratungsgespräche (bei ‚integriertem‘ vs ‚fokussiertem‘ Angebot)                      | Protokollierung der Resultate in Datenbank durch Interventionsteams      |
| Unterstützungsprojekte | Umgesetzte Massnahmen, Qualität der Begleitung durch BGM Zürich, Erfolgs-, Misserfolgskriterien etc. | Interviews mit Unternehmensvertretern (n = 3)                            |
|                        | Wirksamkeit der gesamten Intervention (‚integrierte‘ vs ‚fokussierte‘ TP)                            | Registrierung „arbeitsplatz.rauchfrei“, Follow-up-Fragebogen (n = 1'502) |

Abbildung 5: Überblick über das Evaluationsdesign (Friedrich, Brügger, & Hoffmann, 2009)

## 5.2 Evaluation für Strategie A: Integration der Tabakprävention in BGM

Im Frühjahr 2007 wurden im Rahmen der Strategie A Kommunikationsunterlagen für die Sensibilisierung und Akquisition von Betrieben erarbeitet. Zentral dabei war eine Broschüre, die zusammen mit einem Fragebogen zum Stand der betrieblichen Tabakprävention an einen Teil der Betriebe im Kanton Zürich verschickt werden sollte. Diese Broschüre sollte die Vorteile der Integration von TP und BGM aufzeigen, die Unternehmensvertreter für die Themen Tabakprävention und BGM sensibilisieren und über das Angebot des Beratungszentrums BGM Zürich informieren. Die Broschüre und der Fragebogen wurden vor dem Massenversand einem Pretest unterzogen, um die Konzeption sowie die Qualität der Texte und Inhalte zu überprüfen und allenfalls zu verbessern.

*Methode:* Im Februar und März 2007 wurden Broschüre und Fragebogen an neun UnternehmensvertreterInnen und an fünf ProjektpartnerInnen zur Ansicht verschickt. Im Anschluss wurden mit allen Teilnehmenden strukturierte Telefoninterviews durchgeführt, bei denen es um die Verständlichkeit von Texten und Grafiken, die Kürze und Prägnanz der Texte, die Relevanz der Inhalte, fehlende oder überflüssige Inhalte, um die Gliederung der Broschüre, um das potentielle Interesse an einer Beratung und um den allgemeinen Eindruck von der Broschüre ging. Die Interviewprotokolle wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

*Ergebnisse<sup>4</sup>:* Die Textverständlichkeit wurde von den meisten Teilnehmenden (8) als gut bewertet, drei Teilnehmende bemängelten allerdings die Verständlichkeit einzelner Abbildungen bzw. Tabellen. Die Kürze und Prägnanz des Textes wurde siebenmal als gut beurteilt, für einen Teilnehmer waren die Inhalte zu oberflächlich, für einen zu detailliert dargestellt. Acht bzw. sieben Teilnehmende beurteilten die Inhalte als relevant und interessant, dagegen fanden jeweils vier wenig Neues und Interessantes in der Broschüre. Alle Teilnehmenden machten unterschiedliche Vorschläge zu inhaltlichen Ergänzungen; für sechs gab es keine überflüssigen Inhalte, die Übrigen machten Vorschläge zur Streichung verschiedener Aspekte. Die Gliederung wurde viermal als gut beurteilt, zwei Teilnehmende kritisierten die Vermischung der Themen Tabakprävention und BGM, drei machten Vorschläge zur Überarbeitung der Gliederung. Die Mehrheit der Teilnehmenden (8) hätte aufgrund der Broschüre kein Interesse an einer Dienstleistung durch das Beratungszentrum BGM Zürich.

Zusätzlich zu den Antworten auf die konkreten Fragen ergaben sich aus den Interviews noch zahlreiche weitere Hinweise zur Optimierung der Broschüre, bspw. zum Layout

---

<sup>4</sup> An dieser Stelle werden lediglich die Ergebnisse zur Broschüre berichtet, da der Pretest des Fragebogens eine Massnahme zur Qualitätssicherung der Evaluation selbst darstellt (Strategie D).

oder zur besseren Abstimmung auf die Zielgruppe. Insgesamt wurde deutlich, dass der Nutzen des Angebots schneller und konkreter ersichtlich werden müsse, wobei teilweise aber auch die Vermischung zwischen wissenschaftlicher Studie (Fragebogen) und „Werbung“ für das Angebot des Beratungszentrums als problematisch angesehen wurde. Aufgrund der Rückmeldungen aus dem Pretest wurde die Broschüre überarbeitet, um den geäußerten Kritikpunkten Rechnung zu tragen und die Broschüre zu verbessern.

### 5.3 Evaluation für Strategie B: Sensibilisierung und Akquisition von Betrieben

Im Rahmen der Strategie B wurden unterschiedliche gestufte Massnahmen zur Sensibilisierung der Unternehmensvertreter für die Themen BGM und Tabakprävention und für die Akquise von Betrieben ergriffen: In einem ersten Schritt wurde die o.g. Broschüre versandt (Abschnitt 5.3.1). Im zweiten Schritt wurden die Betriebe zu Informationsveranstaltungen zum Thema BGM und Tabakprävention eingeladen (Abschnitt 5.3.2), und im dritten Schritt wurden ausgewählte Betriebe telefonisch kontaktiert (Abschnitt 5.3.3). Diese Massnahmen (wie auch die Massnahmen der Strategie C, siehe unten) wurden – wenn immer möglich – in zwei Gruppen von Betrieben durchgeführt, um die Wirkungen der ‚integrierten Tabakprävention‘ (Tabakprävention in Verbindung mit BGM, durchgeführt durch das Beratungszentrum BGM Zürich) und der ‚fokussierten Tabakprävention‘ (Tabakprävention als singuläres Thema, durchgeführt mit „*arbeitsplatz.rauchfrei*“ bzw. durch den Projektpartner Lungenliga Basel) vergleichen zu können (vgl. Abbildung 4 sowie Tabelle 2 und Tabelle 3).

**Tabelle 2: Überblick über die Akquisitions- und Sensibilisierungsmassnahmen der Strategie B (Friedrich, Brügger, & Hoffmann, 2009)**

|                   | <i>Interventionsgruppe<br/>(Integrierte Tabakprävention)</i>                 | <i>Kontrollgruppe<br/>(Fokussierte Tabakprävention)</i>  | <i>Ziel</i>                                     |
|-------------------|--|--|---|
| Massenmailing     | 3'749 Betriebe erhalten Broschüre ‚integrierte Tabakprävention‘ & Fragebogen | 957 Betriebe erhalten Broschüre „ <i>arbeitsplatz.rauchfrei</i> “ (fokussierte Tabakprävention) & Fragebogen | Sensibilisierung, Nachfrage                     |
| Infoveranstaltung | 947 Betriebe erhalten Einladung zu Infoveranstaltung                         | - *  | Sensibilisierung, Teilnahme, Wissensvermittlung |
| Telefonakquise    | Ausgewählte Betriebe werden telefonisch kontaktiert                          | Ausgewählte Betriebe werden telefonisch kontaktiert  | Beratungsgespräche vereinbaren                  |

\*Aufgrund der geringen Teilnehmerate in der Interventionsgruppe wurden die Infoveranstaltungen für die KG abgesagt.

### 5.3.1 Massenmailing

Wie oben erwähnt, sollte die im Rahmen der Strategie A entwickelte Broschüre die UnternehmensvertreterInnen für die Themen BGM und Tabakprävention sensibilisieren, die Vorteile der Integration von BGM und TP aufzeigen und über die Dienstleistungen des Beratungszentrums BGM Zürich informieren. Für die Evaluation stellte sich die Frage, inwieweit es durch die Integration des Themas Tabak in BGM gelingen kann, das Interesse der Unternehmensvertreter an einer Beratungsdienstleistung im Vergleich zum Angebot der ‚fokussierten Tabakprävention‘ zu steigern.

*Methode:* Im Mai und Juni 2007 wurde ein Massenmailing an alle Zürcher Betriebe mit mehr als 20 Mitarbeitenden (N = 4'706) verschickt, in dem sich neben dem Anschreiben ein Fragebogen und eine Broschüre befanden. Ein Teil der Betriebe (Interventionsgruppe 1, N = 3'749) erhielt die im Rahmen der Strategie A entwickelte Broschüre (siehe oben, Bedingung ‚integrierte Tabakprävention‘), ein anderer Teil der Betriebe (Kontrollgruppe 1, N = 957) erhielt die Broschüre der Aktion *arbeits-platz.rauchfrei* (Bedingung ‚fokussierte Tabakprävention‘). Im Fragebogen konnten die angeschriebenen Unternehmensvertreter u.a. angeben, ob sie an einer Dienstleistung durch das Beratungszentrum interessiert waren.

*Ergebnisse:* 1'648 Unternehmensvertreter beantworteten den Fragebogen (Rücklaufquote 36.5%), von den zurückgesandten Fragebögen waren 1'627 auswertbar. Insgesamt äusserten 450 Unternehmensvertreter Interesse an einer Dienstleistung (27.5%). Vergleicht man die Quote der Betriebe mit und ohne Nachfrage in den beiden Gruppen, so zeigt sich, dass etwas mehr Unternehmensvertreter aus der Interventionsgruppe (‚integrierte Tabakprävention‘) Nachfrage nach einer Dienstleistung geäussert haben (29,5% im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 22,8%). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (Chi-Quadrat = 6.2,  $p < 0.001$ ). Allerdings zeigt sich auch, dass die Rücklaufquote in der Interventionsgruppe mit 34% geringer ist als in der Kontrollgruppe mit 39%, so dass es naheliegt, dass in der Interventionsgruppe diejenigen den Fragebogen eher beantwortet haben, die auch Interesse an einer Dienstleistung hatten. Diejenigen, die kein Interesse hatten, waren offenbar weniger bereit, an der Befragung teilzunehmen, was möglicherweise auch mit der bereits im Pretest geäusserten Kritik an der Verbindung von Marketing mit einer wissenschaftlichen Studie zusammenhängt. Ob die höhere Nachfrage in der Interventionsgruppe auf die Integration der Themen Tabakprävention und BGM zurückgeführt werden kann, ist damit fraglich.

### 5.3.2 Informationsveranstaltungen

Im Herbst 2007 wurden alle Betriebe der Interventionsgruppe 2<sup>5</sup> zu Informationsveranstaltungen eingeladen, in denen über die Themen Tabakprävention und BGM informiert wurde. An zwei Veranstaltungen nahmen 26 von 947 angeschriebenen Unternehmensvertretern teil. Im Frühjahr 2008 wurden weitere Einladungen für Infoanlässe verschickt; hier war die Resonanz mit 7 Anmeldungen (bei 947 verschickten Einladungen) noch geringer, woraufhin die Veranstaltung abgesagt wurde. Für die Evaluation stellte sich damit die Frage, was die Gründe für die geringe Teilnehmerate an dieser Form der Sensibilisierung sind.

*Methode:* Es wurde eine Stichprobe aus denjenigen Betrieben gezogen, die im Fragebogen Interesse an einer Informationsveranstaltung signalisiert, sich aber für keine der angebotenen Veranstaltungen angemeldet oder daran teilgenommen hatten. Mit elf dieser Unternehmensvertreter wurden im Juni 2008 explorative Telefoninterviews durchgeführt, in denen erfragt wurde, warum das Veranstaltungsangebot letztlich nicht wahrgenommen wurde, und ob evtl. ein anderes Thema (alternativ zur Tabakprävention) auf grösseres Interesse gestossen wäre.

*Ergebnisse:* Der Grund, der am häufigsten (8 mal) für die nicht erfolgte Anmeldung genannt wurde, war, dass die Betriebe bereits interne Lösungen für die Tabakprävention (v.a. Rauchregelungen) gefunden hatten. Drei Personen gaben Zeitmangel als Grund an, weitere Gründe waren beispielsweise, dass der Inhalt der Veranstaltung nicht ansprechend war, dass der Betrieb bereits externe Unterstützung erhält, dass im Betrieb nur wenige Raucher beschäftigt sind, dass die Mitarbeitenden kein Interesse haben, oder dass der Fragebogen und die Einladung an unterschiedliche Personen im Betrieb gesandt worden waren (jeweils zwei Nennungen, wobei Mehrfachnennungen möglich waren). Dass in vielen Betrieben bereits Rauchregelungen umgesetzt wurden und externe Unterstützung dafür offensichtlich nicht unbedingt als notwendig erachtet wurde, legt den Schluss nahe, dass die geringe Anmeldequote auch mit dem Thema Tabakprävention zusammenhängt. Allerdings haben sechs Personen angegeben, dass sie sich auch nicht angemeldet hätten, wenn Tabakprävention nicht im Vordergrund gestanden hätte (vielleicht: 3; ja: 2). Generell scheint das Format einer Informationsveranstaltung, offenbar insbesondere beim Thema Tabakprävention, weniger geeignet zu sein, um Betriebe mit gesundheitsrelevanten Themen zu erreichen. Aus diesem Grund wurde die zweite Runde der geplanten Informationsveranstaltungen zugunsten vermehrter Telefonakquise (siehe unten) gestrichen.

---

<sup>5</sup> Diese Interventionsgruppe (IG2; N = 947) bestand aus einer zufällig ausgewählten Teilmenge der Interventionsgruppe 1.

### 5.3.3 Telefonische Akquise

Die telefonische Akquise fand in zwei Phasen statt. Im Folgenden wird über das Vorgehen und die Ergebnisse der beiden Akquisewellen berichtet.

#### 1. Akquisewelle

Zwischen Januar und Juni 2008 wurden in der Interventionsgruppe (IG) 2 alle grossen Betriebe (mit mehr als 250 Mitarbeitenden,  $n = 36$ ), sowie die mittelgrossen und kleinen Betriebe (mit 50-250 bzw. 20-50 Mitarbeitenden), die im Fragebogen Nachfrage nach einem persönlichen Beratungsgespräch geäussert hatten ( $n = 18$  bzw. 27), telefonisch kontaktiert. Gleichzeitig wurden mittelgrosse und kleine Betriebe einer zufällig ausgewählten Kontrollgruppe<sup>6</sup> (KG3), die Interesse an einer Dienstleistung geäussert hatten ( $n = 17$  bzw. 63), durch die Lungenliga Basel kontaktiert. Die Telefonate hatten bei den grossen und mittelgrossen Betrieben das Ziel, ein persönliches Beratungsgespräch zum Thema Tabakprävention und BGM (,integrierte TP' für die Interventionsgruppe) bzw. Tabakprävention (,fokussierte TP' für die Kontrollgruppe) zu vereinbaren. Die kleinen Betriebe beider Gruppen sollten direkt am Telefon ein Beratungsgespräch erhalten. Für die Evaluation stellte sich die Frage, wie gut dies jeweils gelang, d.h. wie erfolgreich diese Form der Akquise in den beiden Gruppen war.

*Methode:* Die Interventionsteams protokollierten in einer Datenbank bzw. in einer Excel-Datei die in den jeweiligen Betrieben durchgeführten Massnahmen. Daraus wurde die Erfolgsquote (d.h. der Anteil der Beratungsgespräche relativ zum Anteil der durchgeführten Telefonate) ermittelt.

*Ergebnisse:* Im angegebenen Zeitraum wurden in der Interventionsgruppe 36 grosse, 18 mittelgrosse und 27 kleine Betriebe angerufen. Sechs grosse, vier mittelgrosse und vier kleine Betriebe konnten trotz mehrfachen Versuchen nicht erreicht werden, womit sich Kontakte zu 30 grossen, 14 mittelgrossen und 23 kleinen Betrieben ergeben haben (insg. 67). Das Ziel, mit grossen und mittelgrossen Betrieben abschliessend ein persönliches Beratungsgespräch durchzuführen, ist in der Interventionsgruppe in 20 von 44 Betrieben erreicht worden, was einer Erfolgsquote von 45% entspricht. In der Kontrollgruppe wurden 17 Telefonate mit mittelgrossen Betrieben geführt, ein persönliches Beratungsgespräch konnte in einem Betrieb durchgeführt werden (4%). Damit zeigte sich, dass es in der Interventionsgruppe – d.h. mit der integrierten Strategie – erheblich besser gelungen ist, VertreterInnen der Betriebe für persönliche Beratungsgespräche zu gewinnen. Allerdings ist anzumerken, dass ein Beratungsgespräch für Kunden der Lungenliga kostenpflichtig war (ca. 350,- CHF), während das Beratungszentrum BGM Zürich die Erst-Beratungsgespräche kostenlos anbot.

---

<sup>6</sup> Kontrollgruppe 3 (KG3; N = 279); diese bestand aus einer zufällig ausgewählten Teilmenge der Umfrageteilnehmenden aus Kontrollgruppe 1.



**Tabelle 3: Ergebnisse der 1. Telefonakquisition (Januar-Juni 2008) (Friedrich, Brügger, & Hoffmann, 2009)**

|                                   | <i>Interventionsgruppe 2<br/>(Integrierte Tabakprävention)</i> |            |                |           | <i>Kontrollgruppe 3<br/>(Fokussierte Tabakprävention)</i> |            |          |           |
|-----------------------------------|--|------------|----------------|-----------|---|------------|----------|-----------|
|                                   | Kontakte   | Beratungen |                | %*        | Kontakte  | Beratungen |          | %*        |
|                                   |  | telefon.   | persönl.       |           |   | telefon.   | persönl. |           |
| Grosse Betriebe (>250 MA)         | 30 <sup>1</sup>  | 2          | 13             | 50        | -   | -          | -        | -         |
| Mittelgrosse Betriebe (51-250 MA) | 14 <sup>2</sup>  | 1          | 7              | 57        | 26 <sup>4</sup>   | 17         | 1        | 69        |
| Kleine Betriebe (20-50 MA)        | 23 <sup>2</sup>  | 14         | 3 <sup>3</sup> | 60        | 40 <sup>4</sup>   | 31         | -        | 78        |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>67</b>  | <b>17</b>  | <b>23</b>      | <b>59</b> | <b>66</b>   | <b>48</b>  | <b>1</b> | <b>74</b> |

\*Anzahl Beratungen (telefon. und persönl.) relativ zur Anzahl der Kontakte.

<sup>1</sup>Mit und ohne Nachfrage nach Dienstleistung.

<sup>2</sup>Mit Nachfrage nach persönlichem Beratungsgespräch.

<sup>3</sup>Teilmenge der 14 telefonisch beratenen Betriebe.

<sup>4</sup>Mit Nachfrage nach Dienstleistung allgemein.

## 2. Akquisewelle

In der zweiten Akquisewelle (September 2008 bis Februar 2009) wurden die IG2-Betriebe kontaktiert, die in der ersten Welle nicht erreicht worden waren oder um einen Anruf zu einem späteren Zeitpunkt gebeten hatten (21 grosse, 9 mittelgrosse und 13 kleine Betriebe). Ausserdem wurde stichprobenartig überprüft, wie gross die Resonanz bei Betrieben ist, die Interesse am Thema ‚rauchfreier Betrieb‘ geäussert hatten (20 mittelgrosse und 10 kleine Betriebe) und die von überdurchschnittlich grossen Problemen mit Passivrauch berichtet hatten (9 mittelgrosse Betriebe). Diese zusätzliche Telefonakquise sollte die Informationsveranstaltungen ersetzen, die wegen zu geringer Teilnahme abgesagt worden waren (siehe oben). Von Seiten der Lungenliga (Kontrollgruppe) fand aufgrund der mangelnden Erfolgsquote in der ersten Akquisewelle keine weitere Akquise statt.

*Methoden:* Auch in dieser zweiten Akquisewelle protokollierte das Interventionsteam die in den jeweiligen Betrieben durchgeführten Massnahmen in einer Datenbank. Daraus wurden wiederum die Erfolgsquoten ermittelt.

*Ergebnisse:* Im angegebenen Zeitraum wurden 21 grosse, 38 mittelgrosse und 23 kleine Betriebe angerufen. Drei mittelgrosse Betriebe konnten nicht erreicht werden, womit sich insgesamt 79 Kontakte ergeben haben. Das Ziel, mit grossen und mittelgrossen Betrieben ein persönliches Beratungsgespräch durchzuführen, ist in 6 von 56 Betrieben erreicht worden, was einer Erfolgsquote von 11% entspricht.

**Tabelle 4: Ergebnisse der 2. Telefonakquisition (September 2008 – Februar 2009) (Friedrich, Brügger, & Hoffmann, 2009)**

|  | <i>Interventionsgruppe 2<br/>(Integrierte Tabakprävention)</i> |            |                |           |
|--|--|------------|----------------|-----------|
|  | Kontakte   | Beratungen |                | %*        |
|  |  | telefon.   | persönl.       |           |
| <b>Nachfassen aus 1. Welle</b>                 |  |            |                |           |
| Grosse Betriebe (>250 MA) <sup>1</sup>         | 21   | 6          | 1 <sup>3</sup> | 28        |
| Mittelgrosse Betriebe (51-250 MA) <sup>2</sup> | 8  | 0          | 2              | 25        |
| Kleine Betriebe (20-50 MA) <sup>2</sup>        | 13   | 4          | 2              | 61        |
| <b>Nachfrage ‚rauchfreier Betrieb‘</b>         |  |            |                |           |
| Mittelgrosse Betriebe (51-250 MA)              | 19   | 18         | 2 <sup>3</sup> | 94        |
| Kleine Betriebe (20-50 MA)                     | 10   | 10         | 1 <sup>3</sup> | 100       |
| <b>Passivrauch-Probleme</b>                    |  |            |                |           |
| Mittelgrosse Betriebe (51-250 MA)              | 8  | 8          | 1 <sup>3</sup> | 100       |
| <b>TOTAL</b>                                   | <b>79</b>  | <b>46</b>  | <b>9</b>       | <b>69</b> |

\*Anzahl Beratungen (telefon. und persönl.) relativ zur Anzahl der Kontakte.

<sup>1</sup>Mit und ohne Nachfrage nach Dienstleistung.

<sup>2</sup>Mit Nachfrage nach persönlichem Beratungsgespräch.

<sup>3</sup>Teilmenge der telefonisch beratenen Betriebe.

#### **5.4 Evaluation für Strategie C: Externe Unterstützung von Betrieben**

Ziel der Strategie C war es, Betriebe bei der Umsetzung von Tabakpräventionsmassnahmen im Rahmen des BGM (Interventionsgruppe 2) bzw. bei der Umsetzung von Tabakpräventionsmassnahmen (Kontrollgruppe 3) zu beraten. Zu diesem Zweck wurden in einem ersten Schritt mit mittelgrossen und grossen Betrieben persönliche, und mit kleinen Betrieben telefonische Beratungsgespräche durchgeführt (Abschnitt 5.4.1; siehe auch oben). Es war das Ziel dieser Gespräche, in einem zweiten Schritt die Umsetzung im Betrieb durch weitergehende Unterstützungsprojekte zu begleiten, wobei ein Schwerpunkt auf mittelgrosse und grosse Betriebe gelegt wurde (Abschnitt 5.4.2).

**Tabelle 5: Überblick über die Umsetzungsmassnahmen der Strategie C (Friedrich, Brügger, & Hoffmann, 2009)**

|                        | <i>Interventionsgruppe 2<br/>(Integrierte Tabakprävention)</i>           | <i>Kontrollgruppe 3<br/>(Fokussierte Tabakprävention)</i>          | <i>Ziel</i>   |
|------------------------|--|--|---|
| Beratungsgespräche     | Interessierte Betriebe erhalten ein Beratungsgespräch (TP & BGM)         | Interessierte Betriebe erhalten ein Beratungsgespräch (TP)         | Wissensvermittlung, Einstellungsänderung, Initialisierung von Aktivitäten im Unternehmen, Auftragsakquise |
| Unterstützungsprojekte | Interessierte Betriebe werden bei der Umsetzung von TP & BGM unterstützt | Interessierte Betriebe werden bei der Umsetzung von TP unterstützt | Umsetzung von TP- / BGM-Massnahmen im Betrieb   |

### 5.4.1 Beratungsgespräche

In den beiden Akquisewellen wurden, wie unter Abschnitt 5.3.3 berichtet, 63 telefonische und 32 persönliche Beratungsgespräche in insgesamt 87 Betrieben der Interventionsgruppe geführt. Für die Evaluation stellte sich die Frage, wie die UnternehmensvertreterInnen die Beratung durch das Beratungszentrum BGM Zürich beurteilten. Ausserdem wurde untersucht, wie viele Unterstützungsprojekte bzw. weitere Aktivitäten in den Betrieben der Interventions- und Kontrollgruppe aus den Beratungsgesprächen der ersten und zweiten Akquisewelle resultierten.

#### Beurteilung der Beratungsgespräche durch UnternehmensvertreterInnen

*Methode:* Im August 2008 und im April/Mai 2009 wurden 31 UnternehmensvertreterInnen, die ein persönliches ( $n = 19$ ) bzw. telefonisches ( $n = 12$ ) Beratungsgespräch erhalten hatten, telefonisch kontaktiert. Mit diesen Personen wurden (sofern möglich, s.u.) strukturierte Telefoninterviews geführt. Darin ging es um die Kompetenz der jeweiligen Beraterin, um das Eingehen auf die spezielle Situation des Betriebs, und um die Nützlichkeit der (bei persönlichen Beratungen) ausgehändigten Unterlagen. Ausserdem wurde erfragt, ob sich durch die Beratung die Einstellung zum Thema BGM und TP verändert habe, ob die Beratung das Wissen vermittelt habe, das nötig ist, um BGM bzw. TP im Unternehmen selbst umsetzen zu können, und ob durch die Beratung konkrete Massnahmen im Betrieb ausgelöst wurden. Die Aussagen der Interviewpartner wurden schriftlich protokolliert. Im Folgenden werden die Häufigkeiten der geschlossenen Antworten (ja/nein-Fragen) und die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung (offene Fragen) dargestellt.

*Ergebnisse:* Zunächst ist festzuhalten, dass mit vier Personen, die gemäss Interventionsdatenbank ein telefonisches Beratungsgespräch erhalten hatten, kein Interview durchgeführt werden konnte. Eine Person war länger abwesend, eine konnte sich nicht an das Gespräch erinnern, und zwei Personen gaben an, dass kein Beratungsgespräch „in diesem Sinne“ durchgeführt worden war. Es ergaben sich also 8 Interviews mit Un-

ternehmensvertreterInnen, die ein telefonisches Beratungsgespräch erhalten hatten, und 19 Interviews mit UnternehmensvertreterInnen, die ein persönliches Beratungsgespräch erhalten hatten.

**Tabelle 6: Ergebnisse der Evaluation der telefonischen (kleine Betriebe) und persönlichen (mittelgrosse und grosse Betriebe) Beratungsgespräche**

|                               | <i>Persönliche Beratung (19)</i> |    | <i>Telefonische Beratung (8)</i> |    | <i>Gesamt (27)</i> |    |
|-------------------------------|----------------------------------|----|----------------------------------|----|--------------------|----|
|                               | Nennungen                        | %  | Nennungen                        | %  | Nennungen          | %  |
| Kompetenz ‚ja‘                | 18                               | 95 | 7                                | 88 | 25                 | 93 |
| Situation berücksichtigt ‚ja‘ | 15                               | 79 | 5                                | 63 | 20                 | 74 |
| Einstellungsänderung ‚ja‘     | 1                                | 5  | 3                                | 38 | 4                  | 15 |
| Wissenszuwachs ‚ja‘           | 12                               | 63 | 1                                | 13 | 13                 | 48 |
| Massnahmen ‚ja‘               | 4                                | 21 | 1                                | 13 | 5                  | 19 |

25 InterviewpartnerInnen (93%) hielten die jeweilige Beraterin für kompetent, zwei Personen konnten diese Frage nicht beantworten. 20 Befragte (74%) gaben an, dass die Beraterin auf die spezielle Situation im Unternehmen eingegangen sei (‚nein‘: 5; ‚weiss nicht‘: 2). Die in den persönlichen Beratungsgesprächen abgegebenen Unterlagen beurteilten 10 von 19 UnternehmensvertreterInnen (53%) als hilfreich (‚nicht hilfreich‘: 4; ‚teilweise hilfreich‘: 1; ‚weiss nicht‘: 4.). Auf die Frage nach der Einstellungsänderung gab der Grossteil der Interviewpartner (21 bzw. 78%) an, dass sich ihre Einstellung aufgrund der Beratung nicht verändert habe; vielfach wurde angemerkt, dass sie vorher schon positiv gewesen sei. Vier Personen (15%) stellten eine Veränderung hin zu einer positiveren Einstellung fest und zwei Personen konnten diese Frage nicht beantworten. 13 Befragte (48%) gaben an, dass für sie durch die Beratung klar geworden sei, wie sie vorgehen können, wenn sie BGM bzw. TP in ihrem Unternehmen einführen wollten. Für 9 Personen (33%) blieb dies unklar, für vier (15%) war dies vor der Beratung bereits klar und eine Person (4%) konnte die Frage nicht beantworten.

In den meisten Fällen (19 bzw. 70%) hat die Beratung keine konkreten Massnahmen im Unternehmen ausgelöst. In fünf Betrieben (19%) wurde eine konkrete Massnahme ausgelöst, und in drei Betrieben (11%) ist eine solche in Planung. Generelle Kommentare bezogen sich auf die Beratung allgemein, die von 8 Personen als sehr gut und hilfreich eingestuft wurde. Drei InterviewpartnerInnen bemerkten, dass sie es begrüsst hätten, wenn Beratung und Interview zeitlich näher aufeinander gefolgt wären. Die übrigen Kommentare bezogen sich auf zunächst unklare Kosten (zwei Nennungen), auf den grossen zeitlichen Abstand zwischen Fragebogenerhebung (Massenmailing) und Beratung, die Verknüpfung von Forschung und Dienstleistung (vgl. Abschnitt 5.3.1), die Lösung von anderen Problemen durch Vermittlung einer Fachperson (Luftstrom), Un-

terstützungsbedarf bei spezifischen Problemen, und darauf, dass ein persönliches Gespräch einem Telefonat vorgezogen worden wäre (jeweils eine Nennung).

Zwischen den persönlichen und telefonischen Beratungsgesprächen ergaben sich folgende Unterschiede: Während in der Gruppe der telefonisch Beratenen drei Interviews nicht durchgeführt werden konnten, weil die Gesprächspartner die Beratung nicht als solche empfunden haben (2x) oder sich der Betreffende nicht an das Gespräch erinnerte (1x), war dies in der Gruppe der persönlich Beratenen bei keinem Betrieb der Fall. Aus Tabelle 6 wird ausserdem deutlich, dass es in den persönlichen Beratungen wesentlich besser gelungen ist, das Wissen für die Umsetzung von BGM- und TP- Massnahmen zu vermitteln und auf die besondere Situation des jeweiligen Betriebs einzugehen. Demgegenüber scheint es durch die telefonischen Beratungen bei mehr Betrieben zu einer Veränderung der Einstellung gekommen zu sein. Allerdings kann letzteres auch darauf zurückzuführen sein, dass in kleinen Betrieben (der Zielgruppe der telefonischen Beratungsgespräche) die Themen BGM und TP weniger intensiv bearbeitet werden und dadurch ein grösserer Spielraum „nach oben“ gegeben war. Zudem besteht durch die kleine Fallzahl eine hohe Unsicherheit hinsichtlich der Interpretation dieser Unterschiede. Insgesamt fällt auf, dass nur in 19% der Betriebe durch das Beratungsgespräch konkrete Massnahmen ausgelöst wurden.

### **Resultate der Beratungsgespräche**

*Methoden:* Das Interventionsteam des Beratungszentrums BGM Zürich protokollierte die Ergebnisse der Beratungsgespräche in den Betrieben der Interventionsgruppe in der oben bereits erwähnten Datenbank. Dafür wurden folgende Kategorien verwendet: (1) ‚Keine weitere Nachfrage‘ (wenn der Betrieb an einer weiteren Dienstleistung nicht interessiert war); (2) ‚Betrieb meldet sich bei Bedarf‘; (3) ‚zu einem späteren Zeitpunkt nochmals nachfassen‘; (4) ‚weiteres Beratungsgespräch vor Ort‘ (nur bei kleinen Betrieben mit telefonischer Beratung); (5) ‚Vermittlung Rauchstopp-Kurs‘ (an Lungenliga Basel); (6) ‚Offerte‘ (wenn der Betrieb eine Offerte für eine Dienstleistung erhalten hat); (7) ‚Weitere Intervention‘ (wenn der Betrieb eine Dienstleistung erhalten hat). Hier wird pro Betrieb immer nur das „höchste“ Resultat (in der Reihenfolge von 1 ‚keine Nachfrage‘ bis 7 ‚Intervention‘) berichtet; d.h. wenn ein Betrieb bspw. eine Intervention und dafür vorher eine Offerte erhalten hat, wird nur ‚Intervention‘ erfasst, so dass jeder Betrieb nur einmal gezählt wird.

**Tabelle 7: Ergebnisse der telefonischen (kleine Betriebe) und persönlichen (mittelgrosse und grosse Betriebe) Beratungsgespräche**

| <i>Ergebnisse der persönlichen Beratungen</i>       | <i>Grosse Betriebe</i> | <i>Mittelgr. Betriebe</i> | <i>Kleine Betriebe</i> | $\Sigma$ / %     |
|---|------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| (1) Keine weitere Nachfrage                         | 2                      | 3                         | 8                      | 13 / 15%         |
| (2) Betrieb meldet sich bei Bedarf                  | 10                     | 27                        | 12                     | 49 / 56%         |
| (3) Zu einem späteren Zeitpunkt nochmals nachfassen | 7                      | 4                         | 4                      | 15 / 17%         |
| (4) Weitere Beratungsgespräche vor Ort*             | -                      | -                         | 2                      | 2 / 2%           |
| (5) Vermittlung Rauchstopp-Kurs                     | 0                      | 0                         | 2                      | 2 / 2%           |
| (6) Offerte   | 1                      | 1                         | 1                      | 3 / 3%           |
| (7) Intervention durchgeführt                       | 2 <sup>1,2</sup>       | -                         | 1 <sup>3</sup>         | 3 / 3%           |
| <b>Gesamt</b>                                       | <b>22</b>              | <b>35</b>                 | <b>30</b>              | <b>87 / 100%</b> |

\*Nur kleine Betriebe

<sup>1</sup>Referat; <sup>2</sup>BGM-Prozess, <sup>3</sup>Referat und Zukunftswerkstatt

*Ergebnisse:* Zwischen Januar 2008 und März 2009 wurden 22 grosse, 35 mittelgrosse und 30 kleine Betriebe durch das Beratungszentrum BGM Zürich telefonisch und/oder persönlich beraten (siehe oben). 77 dieser insgesamt 87 Betriebe (88%) fallen in die Ergebniskategorien 1-3 (‚keine Nachfrage‘, ‚Betrieb meldet sich bei Bedarf‘ und ‚nachfassen‘), d.h. diese Betriebe konnten – zumindest bis zum jetzigen Zeitpunkt – nicht für eine weitere Intervention gewonnen werden. Die Ergebnisse zu den übrigen Kategorien (4-7) in den verbleibenden 10 Betrieben stellen sich wie folgt dar:

- In zwei kleinen Betrieben, die telefonisch beraten worden waren, wurden weitere persönliche Beratungsgespräche durchgeführt.
- Zwei kleine Betriebe wurden an die Lungenliga Basel für Rauchstopp-Trainings vermittelt.
- Drei Betriebe haben eine Offerte erhalten.
- Ein grosser Betrieb hat eine Intervention in Form einer BGM-Prozessbegleitung erhalten (Einstiegsworkshop, Auftragsklärung, Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkeln, Refresher), in einem weiteren grossen Betrieb wurde ein Referat und in einem kleinen Betrieb eine Zukunftswerkstatt durchgeführt.<sup>7</sup>

Insgesamt zeigt sich bei der Evaluation der Beratungsgespräche in der Interventionsgruppe, dass die Beratungen von den Betrieben grundsätzlich positiv wahrgenommen wurden, dass es aber sehr schwierig war, tatsächlich BGM- bzw. TP-Interventionen im Betrieb anzustossen bzw. umzusetzen. Obwohl viel Zeit für die telefonische Akquise

<sup>7</sup> In einem dritten grossen Betrieb steht eine BGM-Prozessbegleitung kurz vor Abschluss.

aufgewendet wurde und eine Reihe von Betrieben auch mehrfach beraten wurde, konnte die ursprünglich angestrebte Anzahl von 30 Unterstützungsprojekten bei Weitem nicht erreicht werden. In der Kontrollgruppe, der von der Lungenliga Basel Informationsveranstaltungen und Rauchstoppkurse („fokussierte Tabakprävention“) angeboten wurden, wurde bis Juni 2008 (1. Akquisewelle) keine Intervention durchgeführt. Aufgrund dieser unbefriedigenden Resultate und aus Ressourcengründen hat die Lungenliga Basel keine weiterer Akquise- oder Nachfassversuche unternommen.

#### 5.4.2 Unterstützungsprojekte

Der letzte Schritt im Rahmen der Strategie C war es, die interessierten Betriebe bei der Umsetzung von BGM- und TP-Massnahmen zu unterstützen. Diese „Unterstützungsprojekte“ wurden sehr stark an die Bedürfnisse des jeweiligen Betriebs angepasst, d.h. die Interventionen unterschieden sich sowohl in ihrer Form als auch hinsichtlich ihrer Intensität und ihres inhaltlichen Schwerpunkts. Für die Evaluation stellte sich die Frage, welche Massnahmen konkret umgesetzt und welche Wirkungen erzielt werden konnten, und welche Faktoren zu einer erfolgreichen Projektumsetzung beigetragen haben.

*Methoden:* Um nachvollziehbar zu machen, in welchem Betrieb welche Interventionen stattfanden, wurde die Datenbank weiterentwickelt, in der das Interventionsteam die durchgeführten Massnahmen protokollierte („Intervention Monitoring“). Diese deskriptiven Daten geben Auskunft darüber, in wie vielen Betrieben Massnahmen umgesetzt wurden und welche Themen in welcher Form bearbeitet wurden. Um darüber hinaus die Sicht der Verantwortlichen in den Betrieben zu erfassen, wurden zum Ende der Unterstützungsprojekte Interviews mit den drei beteiligten Unternehmensvertretern geführt. Dabei wurden die Qualität der Begleitung durch das Beratungszentrum BGM Zürich, die Ergebnisse und Wirkungen aus Unternehmensperspektive und Erfolgs- und Misserfolgskriterien thematisiert.

*Ergebnisse:* Insgesamt wurden drei Unterstützungsprojekte<sup>8</sup> durchgeführt: eine BGM-Prozessbegleitung, eine Zukunftswerkstatt und ein Referat. Die Begleitung wurde im Falle der Zukunftswerkstatt und des Gesamtprozesses als kompetent und professionell beurteilt. Bezüglich des Gesamtprozesses wurde angefügt, dass es den Beraterinnen gut gelungen sei, auf Inputs von MitarbeiterInnen einzugehen. Die im Rahmen der Zukunftswerkstatt benutzten Unterlagen wurden als klar verständlich und gut strukturiert beschrieben. Hinsichtlich des Referats wurde festgehalten, es sei zu langatmig, theoretisch und eher für strategische Entscheidungen als für die praxisnahe Umsetzung geeignet gewesen. Die Ziele wurden bei allen Interventionen „mehrheitlich“ (Referat: Wissen vermitteln) oder „vollständig“ erreicht (Zukunftswerkstatt: Umgang mit Stress und

<sup>8</sup> Im Projektbericht werden 14 Unterstützungsprojekte ausgewiesen. Diese Differenz kommt dadurch zustande, dass dort die Mehrfachberatungen als Unterstützungsprojekte gezählt wurden. Hier wurden die Mehrfachberatungen den Beratungsgesprächen zugeordnet (vgl. Abschnitt 5.4.1).

Zeitmanagement verbessern; Gesamtprozess: rauchfreier Betrieb, Zufriedenheit Mitarbeiter erhöhen). Als positive Nebenwirkungen wurde erwähnt, dass sich die Wahrnehmung von Problemen, das Bewusstsein über Gesundheit sowie die Kommunikation verbessert habe. Negative Nebenwirkungen wurden keine genannt.

Zur Zielerreichung habe bei der Zukunftswerkstatt vor allem „das gemeinsame Planen und Vorbereiten“ beigetragen. Auch sei die „Art und Weise der Durchführung“ gut gewesen. Beim Referat habe sich die Informationsmenge und die theoretische Ausrichtung nicht optimal mit den Bedürfnissen des Zielpublikums gedeckt. Im Rahmen des Gesamtprozesses sei es den Beraterinnen gut gelungen, Ängste und Hemmungen der TeilnehmerInnen abzubauen und eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Beteiligten trauten, auch kritische Punkte einzubringen. Als Misserfolgswort beim Gesamtprozess wurde der anfängliche Widerstand einiger Mitarbeiter gegen ein Rauchverbot und die Angst, bei kritischen Äusserungen als „Motzer“ zu gelten, genannt.

## **5.5 Wirksamkeit der gesamten Intervention**

Neben der Erfolgskontrolle der einzelnen Interventionsmassnahmen (Abschnitt 5.2 - 5.4) stellte sich die Frage, welche Effekte durch die Gesamtheit der ausgeführten Massnahmen erzielt werden konnten. Um die Wirksamkeit der gesamten Intervention zu beurteilen, wurde auf zwei Informationsquellen zurückgegriffen: Zum einen wurde betrachtet, ob sich Betriebe aus der Interventionsgruppe häufiger auf der Internetseite von „arbeitsplatz.rauchfrei“ registrierten als solche aus den Kontrollgruppen (Abschnitt 5.5.1). Zweitens wurden die Ergebnisse des Follow-up Fragebogens, der im Frühjahr 2009 an alle Betriebe verschickt wurde, betrachtet (Abschnitt 5.5.2). Der Fragebogen stellte die Nachher-Messung zur Befragung vom Frühjahr 2007 dar (vgl. Abschnitt 5.3.1) und lieferte quantitative Ergebnisse zum Stand der Tabakprävention, zum Anteil der Raucherinnen und Raucher im Betrieb, zur Passivrauchexposition usw. und ermöglichte einen Vergleich zwischen 2007 und 2009 und zwischen den Betrieben der Interventions- und Kontrollgruppen.

### **5.5.1 Registrierung auf der Webseite „arbeitsplatz.rauchfrei“**

*Methode:* Die Analyse der Registrierungsquoten wurde aufgrund der öffentlich zugänglichen Information auf [www.arbeitsplatz-rauchfrei.ch](http://www.arbeitsplatz-rauchfrei.ch) vorgenommen. Stichtag des Vergleichs war der 21. 9. 2008.

*Ergebnisse:* Aus der Grundgesamtheit der Zürcher Betriebe mit mindestens 20 Mitarbeitenden (4'706) registrierten sich 127 Betriebe auf der Webseite von „arbeitsplatz.rauchfrei“. Die Registrierungsquoten in der Interventionsgruppe 2 und den Kontrollgruppen 2-4 stellen sich wie folgt dar:



- Interventionsgruppe 2: 37 Registrierungen (3.8% aller Betriebe dieser Gruppe)
- Kontrollgruppe 2: 14 Registrierungen (4.4%)
- Kontrollgruppe 3: 28 Registrierungen (10.0%)
- Kontrollgruppe 4: 1 Registrierung (1.1%)<sup>9</sup>

Entgegen der Zielsetzung zeigte sich also, dass sich Betriebe aus der Interventionsgruppe 2 (IG2) nicht häufiger auf der Internetseite „arbeitsplatz.rauchfrei“ registriert haben als Betriebe aus anderen Gruppen. Vielmehr war die höchste Registrierungsrate in der Kontrollgruppe 3 (‚fokussierte Tabakprävention‘, KG3) zu beobachten. Betriebe dieser Gruppe registrierten sich signifikant häufiger auf der Webseite von „arbeitsplatz.rauchfrei“ als die anderen drei Gruppen (Chi-Quadrat = 21.56,  $p < .001$ ).

Die hohe Registrierungsrate in der Kontrollgruppe 3 lässt sich nicht abschliessend erklären. Der Umstand, dass die Kontrollgruppe 3 – im Gegensatz zur Interventionsgruppe 2 und zur Kontrollgruppe 2 – die Broschüre „arbeitsplatz.rauchfrei“ zweimal erhielt, greift nicht als Erklärung, da in diesem Falle für die Kontrollgruppe 4 ebenfalls eine erhöhte Registrierungsrate zu erwarten wäre. Auch kann der erhöhte Prozentsatz an Registrierungen nicht mit den erfolgten Massnahmen in der Kontrollgruppe 3 (siehe Abschnitt 5.3.3) erklärt werden, denn der Grossteil der registrierten Betriebe dieser Gruppe (22 von 28 Betrieben) wurde gar nicht von der Lungenliga Basel kontaktiert.

Entsprechend zeigt sich auch kein Unterschied bzgl. den Registrierungsraten zwischen IG2 und KG3, wenn man nur die kontaktierten Betriebe der beiden Gruppen vergleicht (IG2: 21.6%, KG3: 21.4%). Allerdings ist bei einem Vergleich der kontaktierten mit den nicht-kontaktierten Betrieben beider Gruppen festzustellen, dass sich die kontaktierten Betriebe häufiger (73 Betriebe, 6.3%) registrierten als die übrigen, nicht kontaktierten Betriebe (12 Betriebe, 3.6%;  $Chi_2(1, N = 2242) = 3.627, p = .029$ ).

### 5.5.2 Follow-up Erhebung

*Methode:* Im März 2009 wurde allen Zürcher Betrieben, die mehr als 20 Mitarbeitende haben und bereits 2007 existierten, ein Fragebogen zugesandt. Im Fragebogen wurde neben verschiedenen Merkmalen des Betriebs und der antwortenden Person der Stand der betrieblichen Tabakprävention erhoben. Dazu wurde erfragt, (a) ob geregelt sei, wo geraucht werden darf und wo nicht, und wie streng diese Regelung sei; (b) in welchem Stadium der Verhaltensänderung („Stage of Change“) sich die Betriebe bezüglich der Umsetzung eines vollständigen Rauchverbots befinden; (c) welche und wie viele individuelle Unterstützungsmassnahmen (z.B. Rauchstoppkurse) für rauchende Mitarbeiten-

<sup>9</sup> In der Interventionsgruppe 2 und den Kontrollgruppen 2-4 haben sich insgesamt 80 Betriebe auf der Website von „arbeitsplatz.rauchfrei“ registriert. Die Differenz zu den 127 Registrierungen aus der Grundgesamtheit erklärt sich dadurch, dass 47 der registrierten Betriebe nicht an der Befragung teilnahmen und für den weiteren Verlauf des Projekts nicht berücksichtigt wurden (vgl. Abbildung 4).

de die Betriebe anbieten; und (d) in welchem Stadium der Verhaltensänderung sich die Betriebe bezüglich dem Anbieten von Rauchstoppkursen befinden. Ausserdem wurde nach verschiedenen gesundheitsrelevanten Outcomes gefragt ((e) Raucherquote, (f) Belastung der Mitarbeitenden durch Passivrauch, (g) krankheitsbedingten Absenzen).

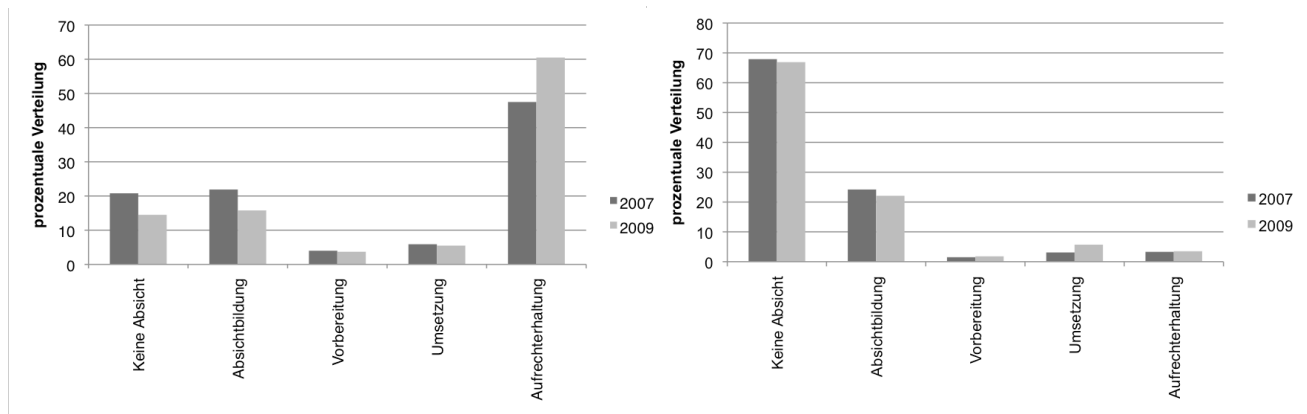
*Stichprobe:* Von den 4472 angeschriebenen Betrieben konnten 237 nicht erreicht werden, weil sie aufgelöst wurden oder umgezogen waren und die Nachsendefrist abgelaufen war. Weitere 7 Betriebe nahmen an der Befragung nicht teil, weil sie weniger als 20 Mitarbeitende zählten. Zieht man diese Fälle von der Grundgesamtheit ab, so entsprechen die 1502 retournierten Fragebogen einer Rücklaufquote von 35.5%. Insgesamt 827 Betriebe hatten bereits an der Befragung in 2007 teilgenommen und können somit im Längsschnitt untersucht werden.

Der Grossteil (64.5%) der teilnehmenden Betriebe war klein (20 bis 49 Mitarbeitende). Mittelmässige Betriebe (50 bis 249 Mitarbeitende) waren mit 30.3% vertreten; grosse Betriebe (mind. 250 Mitarbeitende) stellten die Minderheit dar (5.3%). Am häufigsten vertreten waren Betriebe aus folgenden Branchen: Handel und Reparatur (15.7%), Herstellung von Waren (14.5%), Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (13.9%), und Grundstücks-, Wohnungswesen und Vermietung (13.7%). Die Zusammensetzung der Stichprobe war bezüglich Betriebsgrösse und Branche repräsentativ für den Kanton Zürich, mit Ausnahme davon, dass das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen leicht übervertreten war (9.6% in der Grundgesamtheit). Das Geschlechterverhältnis unter den Angestellten war in etwa ausgeglichen (leichte Untervertretung von Frauen).

Die Personen, welche die Fragebogen beantworteten, waren fast zur Hälfte (48.4%) Mitglieder der Geschäftsleitung und/oder für das Personal verantwortlich (44.7%). Weniger häufig wurde der Fragebogen von Personen beantwortet, die zudem oder ausschliesslich für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz zuständig waren (12.5%). Unabhängig von der Position gaben 48.9% der Repräsentanten an, über die Einführung von BGM-Massnahmen selbst entscheiden zu können.

### **Veränderungen im Querschnitt**

Bezüglich (a) des Vorhandenseins und der Strenge der Rauchregelung zeigte sich beim Vergleich der Querschnittsdaten von 2007 und 2009, dass die Anzahl Betriebe, die keine Regelung hatten oder das Rauchen überall gestatteten, leicht abnahm (siehe Tabelle 8: keine Regelung: von 5.8% auf 4.9%; überall gestattet: von 4.1% auf 2.8%). Der grösste Unterschied zwischen den beiden Zeitpunkten bestand in einer Verschärfung der Regelung dahingehend, dass Rauchen in mehr Betrieben nur noch im Freien erlaubt war (2007: 40.0%, 2009: 48.6%) und nicht mehr „draussen und in bestimmten Räumen“ (2007: 47.6%, 2009: 41.4%).



**Abbildung 6: Stadien der Verhaltensänderung bezüglich der Schaffung eines rauchfreien Betriebs (links) und dem Anbieten von Rauchstoppkursen (rechts) in Prozent (Friedrich, Brügger, & Hoffmann, 2009)**

Betrachtet man (b) das Stadium der Verhaltensänderung für die Umsetzung eines rauchfreien Betriebs, so lässt sich festhalten, dass sich zum zweiten Befragungszeitpunkt mehr Betriebe in einem höheren Stadium befanden: Während 2007 20.8% der Befragten angaben, noch nicht über ein generelles Rauchverbot nachgedacht zu haben, waren dies in 2009 nur noch 14.5% (siehe Abbildung 6, linke Seite, und Tabelle 8). Gleichzeitig stieg der Anteil der Betriebe, die ein generelles Rauchverbot systematisch umsetzten, von 47.5% auf 60.5%.

Hinsichtlich (c) der Anzahl der angebotenen individuellen Unterstützungsmassnahmen (z.B. Rauchstoppkurse) zeigt sich kein Unterschied zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Auch (d) ein Anstieg der Stadien der Verhaltensänderung hin zur systematischen Einführung von Rauchstoppkursen lässt sich nur in geringem Umfang erkennen (vgl. Abbildung 6, rechte Seite und Tabelle 8).

**Tabelle 8: Stand der Tabakprävention und gesundheitsrelevante Outcomes in 2007 und 2009 (Angaben in % der antwortenden Betriebe) (Friedrich, Brügger, & Hoffmann, 2009)**

| (a) Vorhandensein und Strenge einer Rauchregelung        |                 |                      |                                   |                |                   |
|--|-----------------|----------------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|
|  | keine Regelung  | überall erlaubt      | draussen und in bestimmten Räumen | nur draussen   | nirgends          |
| 2007   | 5.8             | 4.1                  | 47.6                              | 40.0           | 2.5               |
| 2009   | 4.9             | 2.8                  | 41.4                              | 48.6           | 2.3               |
| (b) Stadium der Verhaltensänderung ‚rauchfreier Betrieb‘ |                 |                      |                                   |                |                   |
|  | Keine Absicht   | Absichtbildung       | Vorbereitung                      | Umsetzung      | Aufrechterhaltung |
| 2007   | 20.8            | 21.9                 | 3.9                               | 5.9            | 47.5              |
| 2009   | 14.5            | 15.8                 | 3.7                               | 5.5            | 60.5              |
| (c) Anzahl individueller Unterstützungsmassnahmen        |                 |                      |                                   |                |                   |
|  | 0               | 1                    | 2                                 | 3              |                   |
| 2007   | 85.0            | 11.6                 | 2.8                               | 0.6            | -                 |
| 2009   | 84.2            | 12.9                 | 2.3                               | 0.6            | -                 |
| (d) Stadium der Verhaltensänderung ‚Rauchstoppkurse‘     |                 |                      |                                   |                |                   |
|  | Keine Absicht   | Absichtbildung       | Vorbereitung                      | Umsetzung      | Aufrechterhaltung |
| 2007   | 67.9            | 24.2                 | 1.5                               | 3.1            | 3.3               |
| 2009   | 66.9            | 22.1                 | 1.8                               | 5.7            | 3.5               |
| (e) Anteil RaucherInnen an der Belegschaft               |                 |                      |                                   |                |                   |
|  | <20             | 20-39                | 40-59                             | 60-79          | >79               |
| 2007   | 39.9            | 37.7                 | 17.3                              | 3.7            | 1.4               |
| 2009   | 36.6            | 40.1                 | 17.1                              | 4.6            | 1.6               |
| (f) Passivrauchexposition am Arbeitsplatz                |                 |                      |                                   |                |                   |
|  | trifft nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft teilweise zu               | trifft eher zu | trifft zu         |
| 2007   | 53.9            | 21.6                 | 15.7                              | 5.9            | 2.9               |
| 2009   | 60.5            | 23.1                 | 11.8                              | 3.5            | 1.1               |
| (g) Viele krankheitsbedingte Fehltage                    |                 |                      |                                   |                |                   |
|  | trifft nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft teilweise zu               | trifft eher zu | trifft zu         |
| 2007   | 34.3            | 34.7                 | 21.6                              | 6.7            | 2.7               |
| 2009   | 31.9            | 35.7                 | 22.4                              | 6.6            | 3.4               |

Hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Outcomes ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 8): (e) Bei den meisten Betrieben repräsentierten die Raucher zu beiden Zeitpunkten eine Minderheit der Belegschaft. So gaben in der ersten Befragung 39.9% der Betriebe an, weniger als 20% Raucher zu beschäftigen. Dieser Anteil war 2009 etwas geringer (36.6%). Einen Raucheranteil von 60% oder mehr verzeichneten 2007 5.1% der Betriebe. Bis 2009 nahm dieser Anteil geringfügig zu (6.2%). (f) Das Problem der Passivrauchexposition am Arbeitsplatz wurde in der Befragung von 2007 etwas grösser eingestuft (trifft eher nicht zu/trifft nicht zu: 75.5%; trifft eher zu/trifft zu: 5.8%) als 2009 (83.6% bzw. 2.5%). (g) Hinsichtlich der Häufigkeit von krankheitsbedingten Fehltagen ergeben sich zu den beiden Befragungszeitpunkten nahezu die gleichen Resultate.

### Veränderungen im Längsschnitt

Die Betrachtung der Betriebe, die an beiden Befragungen teilgenommen haben (n = 827), bestätigt die Ergebnisse aus dem Querschnitt insofern, als keine dramatischen Veränderungen zu verzeichnen sind: Die Mehrheit der befragten Betriebe veränderte sich hinsichtlich der erhobenen Merkmale nicht oder nur geringfügig (s. Tabelle 9). Die

gleichwohl erfolgten Veränderungen stimmen mit den Entwicklungen im Querschnittsvergleich überein. Zum Beispiel war bei der Rauchregelung (a) die häufigste Entwicklung (bei 15.5% der Betriebe) eine Verschärfung von „Rauchen ist draussen und in bestimmten Räumen erlaubt“ hin zu einem vollständigen Rauchverbot in Gebäuden.

**Tabelle 9: Innerbetriebliche Veränderungen bei Tabakpräventionsmassnahmen und gesundheitsrelevanten Outcomes.**

|  | <i>Mdn</i> <sub>2007</sub> | <i>Mdn</i> <sub>2009</sub> | Abnahme | Unverändert | Zunahme | n   | Z      | p     | r     |
|--|----------------------------|----------------------------|---------|-------------|---------|-----|--------|-------|-------|
| (a) Strenge Rauchregelung <sup>1</sup>         | 2                          | 3                          | 9.4%    | 68.5%       | 22.1%   | 809 | -5.941 | <.001 | -0.21 |
| (b) Stadium ‚rauchfreier Betrieb‘ <sup>2</sup> | 4                          | 5                          | 12.6%   | 54.8%       | 32.6%   | 786 | -7.666 | <.001 | -0.27 |
| (c) Anzahl Unterstützungsmassn.                | 0                          | 0                          | 9.1%    | 78.8%       | 12.1%   | 827 | -1.609 | .054  | -0.06 |
| (d) Stadium ‚Rauchstoppkurse‘ <sup>2</sup>     | 1                          | 1                          | 16.1%   | 65.6%       | 18.3%   | 771 | -2.376 | .009  | -0.09 |
| (e) Anteil RaucherInnen <sup>3</sup>           | 2                          | 2                          | 17.7%   | 56.0%       | 26.3%   | 723 | -3.254 | <.001 | -0.12 |
| (f) Probleme mit Passivrauch <sup>4</sup>      | 1                          | 1                          | 31.4%   | 49.0%       | 19.6%   | 816 | -6.195 | <.001 | -0.22 |
| (g) Krankheitsbedingte Fehltag <sup>4</sup>    | 2                          | 2                          | 27.0%   | 46.3%       | 26.8%   | 800 | -0.790 | .215  | -0.03 |

Anmerkungen. Mdn = Median; Z = Testgrösse des Wilcoxon-Test; r = Effektstärke.

<sup>1</sup> 0 = keine Regelung, 4 = Rauchen drinnen und draussen verboten

<sup>2</sup> 1 = bisher kein Interesse, 5 = systematische Umsetzung

<sup>3</sup> 1 = 0-20%, 5 = 80-100%

<sup>4</sup> 1 = trifft nicht zu, 5 = trifft zu

Analysiert man die statistische Signifikanz der innerbetrieblichen Veränderungen mittels Wilcoxon-Tests, so zeigen sich folgende signifikante Veränderungen (s. Tabelle 9): (a) Von 2007 bis 2009 haben mehr Betriebe ihre Rauchregelungen verschärft als gelockert; (b) die Anzahl der Betriebe, die einen Stufenanstieg hin zur Einführung des ‚rauchfreien Betriebs‘ und (d) zur Einführung von Rauchstoppkursen zu verzeichnen haben, ist grösser als die Anzahl der Betriebe mit einem Stufenabstieg. (e) Der Anteil der RaucherInnen an den Belegschaften nahm zu, (f) während die Probleme mit Passivrauch abnahmen. Betrachtet man allerdings die Effektstärken (*r*), dann wird deutlich, dass auch der grösste Effekt mit .27 immer noch auf einen kleinen Unterschied hinweist.

### Veränderungen im Zusammenhang mit den Interventionen

Für die Analyse des Zusammenhangs zwischen Interventionen und Verbesserungen hinsichtlich der oben genannten Variablen (a-g) wurde folgenden Fragen nachgegangen: (1) Hängt *irgendeine Intervention* durch das Beratungszentrum Zürich oder die Lungenliga Basel (über die jeweiligen Broschüren hinaus) mit grösseren Verbesserungen zusammen? (2) Hängen *persönlichere und intensivere Interventionen* (0 = Broschüre, 1 = Telefonat/Mail/Brief, 2 = persönliche Beratung, 3 = Workshop / andere Massnahme) mit grösseren Verbesserungen zusammen? (3) Gibt es einen Zusammenhang zwischen *häufigeren Interventionen* (Anzahl Kontakte) und grösseren Verbesserungen? (4) Hängt *die integrierte Intervention im Vergleich zur fokussierten* (Interventionsgruppe 2 vs Kontrollgruppe 3) mit grösseren Verbesserungen zusammen? Als Outcomes wurden die Differenzen der jeweiligen Variablen a-g (Wert 2009 - Wert 2007) herangezogen. Im Folgenden werden die signifikanten Ergebnisse berichtet:

- (1) Wenn irgendeine Aktivität erfolgte, nahm die Zahl der individuellen Unterstützungsmassnahmen für RaucherInnen (c) stärker zu als ohne Aktivität ( $U = 31'308$ ,  $Z = -2.219$ ,  $p = .014$ ). Mit einer Effektstärke von  $r = -.08$  ist dieser Zusammenhang jedoch gering. Das Stadium der Verhaltensänderung bzgl. Rauchstoppkursen (d) erhöhte sich durch die Aktivitäten ebenfalls signifikant, wenn auch mit nur geringer Effektstärke ( $U = 27'389$ ,  $Z = -2.117$ ,  $p = .017$ ,  $r = -.08$ ).
- (2) Persönlichere und intensivere Aktivitäten waren mit einer stärkeren Zunahme an Unterstützungsmassnahmen (c) ( $\chi^2(6, N = 827) = 27.64$ ,  $p < .001$ ,  $r = .18$ ) und einer Stufenerhöhung bzgl. Rauchstoppkursen (d) verbunden als unpersönlichere und weniger intensive Aktivitäten ( $\chi^2(6, N = 771) = 12.87$ ,  $p = .025$ ,  $r = .13$ ).
- (3) Die Anzahl der Beratungs-Kontakte korrelierte mit einer Zunahme an Unterstützungsmassnahmen (c) ( $r_{\text{Spearman}}(827) = .07$ ,  $p = .017$ ) und einer Stufenerhöhung bzgl. Rauchstoppkursen (d) ( $r_{\text{Spearman}}(771) = .07$ ,  $p = .023$ ).
- (4) Der Vergleich der integrierten und fokussierten Intervention über alle Betriebe der beiden Gruppen hinweg zeigte, dass die integrierte Tabakprävention zu strengeren Rauchregelungen (a) führte ( $U = 27'726$ ,  $Z = -2.514$ ,  $p = .006$ ). Die Effektstärke ist jedoch gering ( $r = -.10$ ).

Weiter ergab der Vergleich, dass die integrierte Intervention zu einer stärkeren Abnahme der berichteten Probleme mit Passivrauch (f) ( $U = 534$ ,  $Z = -2.549$ ,  $p = .006$ ,  $r = -.26$ ) und der krankheitsbedingten Fehltage (g) führte ( $U = 593.5$ ,  $Z = -1.455$ ,  $p = .073$ ,  $r = -.15$ ).

Explorativ wurde die Einstellungsänderung als ein weiteres Outcome in den Vergleich einbezogen. Dabei stellte sich heraus, dass die Repräsentanten derjenigen Betriebe, die eine integrierte Intervention erhalten hatten, einen rauchfreien Betrieb ( $U = 555$ ,  $Z = -2.134$ ,  $p = .017$ ,  $r = -.22$ ) und das Anbieten von Rauchstoppkursen ( $U = 510$ ,  $Z = -1.320$ ,  $p = .094$ ,  $r = -.14$ ) positiver beurteilten als Betriebe mit fokussierter Beratung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Vorhandensein, die Anzahl und die Intensität der Interventionen mit einer Zunahme der individuellen Unterstützungsmassnahmen für RaucherInnen (c) und einer Stufenerhöhung bzgl. Rauchstoppkursen (d) zusammenhängen. Vergleicht man darüber hinaus die Interventionsstrategien (integriert vs fokussiert), so zeigt sich, dass mit der integrierten Strategie sowohl das Ziel der Verhältnisprävention (Einführung strengerer Rauchregelungen) als auch zwei der letztendlich angestrebten Gesundheitsoutcomes (weniger Probleme mit Passivrauch, weniger Absenzen) leichter erreichbar scheint. Allerdings bleibt anzumerken, dass die erzielten Effekte klein sind; dies hängt zum einen damit zusammen, dass es einen allgemeinen Trend hin zur Einführung von Rauchregelungen gibt. D.h. auch Be-

triebe, die keine Intervention erhalten haben, haben ihre Rauchregelungen zwischen 2007 und 2009 verschärft. Zum anderen setzen Betriebe, die sich für Unterstützung durch das Beratungszentrum oder die Lungenliga interessierten, bereits vor der Intervention mehr Gesundheitsförderungs-Massnahmen um (Friedrich, Brügger, & Bauer, 2009), so dass hier der „Spielraum nach oben“ kleiner ist als bei Betrieben, die sich nicht für eine Intervention interessieren und daher auch keine Intervention erhalten haben.

## 5.6 Schlussbemerkungen und Fazit zur Evaluation

Die hier beschriebene Evaluation sollte einerseits die Interventionen des Beratungszentrums BGM Zürich begleiten und andererseits die Wirkungen der Interventionen abschliessend analysieren. Bei der begleitenden Evaluation stand der formative Aspekt im Vordergrund; Ziel war es, die im Laufe des Interventionsprozesses auftauchenden, für die Intervenierenden relevanten Fragestellungen zu beantworten. Es gelang dadurch, die Broschüre zu optimieren (vgl. Abschnitt 5.3.1), die Ursachen für die Nichtteilnahme an den Informationsveranstaltungen zu analysieren (Abschnitt 5.3.2) und Aufschluss über die Beratungs- und Interventionsqualität zu gewinnen (Abschnitt 5.4.1 und 5.4.2). Die Ergebnisse aus der begleitenden Evaluation flossen einerseits in die Anpassung der Projektstrategien ein, andererseits können sie auch für zukünftige Projekte des Beratungszentrums BGM Zürich herangezogen werden, bei denen es darum geht, Massnahmen der Gesundheitsförderung bei Betrieben zu verbreiten.

Im Zusammenhang mit der abschliessenden Wirkungsevaluation muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass die Interventionspläne sowohl seitens des Beratungszentrums als auch seitens der Lungenliga Basel nicht wie vorgesehen umgesetzt werden konnten. Zur Lungenliga ist anzumerken, dass deren Intervention nicht von Beginn im Rahmen des Projektes geplant worden war, sondern sich spontan aus der Projektzusammenarbeit ergeben hat und als Gelegenheit betrachtet wurde, die integrierte mit der fokussierten Interventionsstrategie zu vergleichen. Insofern bestand hier kein mit dem Geldgeber (Tabakpräventionsfonds) vereinbartes Interventionsziel. Seitens des Beratungszentrums sind zwei ursprünglich gesteckte Interventionsziele nicht erreicht worden: Zum einen sollten 150 Betriebe an den Informationsveranstaltungen teilnehmen (letztendlich haben 26 Betriebe teilgenommen), zum anderen waren 30 sogenannte Unterstützungsprojekte geplant (letztendlich konnten nur drei umgesetzt werden, vgl. dazu aber die Fussnote auf Seite 38). Auf diese Umsetzungsschwierigkeiten hat das Beratungszentrum reagiert, indem die Telefonakquise intensiviert wurde und mehr als die ursprünglich geplanten 50 Betriebe (nämlich insgesamt 87) persönlich und/oder telefonisch beraten wurden.

Dies leitet zu den Schwierigkeiten über, vor denen die Intervention und damit auch die Wirkungsevaluation in diesem Projekt standen (und die für Interventionsstudien im Kontext der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht untypisch sind):

- *Selbstselektion*: Die Interventionen konnten den Betrieben natürlich nicht „verordnet“ werden, womit sich die im Voraus entworfenen Interventions- und Untersuchungspläne nicht immer einhalten liessen. Nur mit entsprechend motivierten und relevanten Entscheidungsträgern kommt eine Intervention in einem Unternehmen überhaupt zustande, und Betriebe, die nicht interessiert sind, können in die Interventionsgruppe gar nicht eingeschlossen werden. In diesem Projekt wurde daher versucht, auch die Phase der Sensibilisierung und Akquisition mit in die Evaluation einzubeziehen und Schlüsse zu ziehen über erfolgversprechende Akquisestrategien. Die Vergleichbarkeit der Gruppen (mit vs ohne Intervention) hinsichtlich gesundheitsrelevanter Outcomes bleibt durch die stattfindende Selbstselektion jedoch eingeschränkt.
- *Kundenspezifische Interventionen*: Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, dass innerhalb einer Gruppe (hier bspw. innerhalb der Interventionsgruppe 2) nicht von einer homogenen Intervention ausgegangen werden kann: denn indem die Beraterin auf die Bedürfnisse und Gegebenheiten im jeweiligen Betrieb einging, entstand die Intervention immer aus einer Ko-Produktion zwischen Unternehmen und Intervenierenden (vgl. Abschnitt 3.4). Im Rahmen dieses Projekts wurde versucht, diesem Problem dadurch zu begegnen, dass die tatsächlich erfolgten Massnahmen protokolliert wurden (Interventionsmonitoring). Die Feinanalyse unter Einbezug der Monitoring-Daten steht allerdings noch aus. In Anbetracht der mit zunehmender Intensität der Intervention kleiner werdenden Fallzahl und des Detaillierungsgrades der Interventionsmonitoring-Daten müssen hier insbesondere qualitative Methoden herangezogen werden.
- *Unterschiedliche Kontextbedingungen*: Die Interventionen in der Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht nur hinsichtlich der integrierten und isolierten Strategien (bspw. waren die beiden Broschüren nicht nur hinsichtlich ihres Inhalts, sondern auch hinsichtlich ihres Umfangs und Designs verschieden; und die Interventionen in Interventionsgruppe 2 und Kontrollgruppe 3 wurden durch unterschiedliche Beratungsorganisation mit unterschiedlicher Kostenpolitik usw. durchgeführt). Auch dieses Problem ist typisch für Interventionsstudien und lässt sich in einem anwendungsnahen Kontext wahrscheinlich nie ganz vermeiden. Für die hier berichteten Ergebnisse bedeutet es, dass sich Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Outcomes nicht mit Sicherheit auf die unterschiedlichen Interventionsstrategien zurückführen lassen.

Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen soll im Folgenden dennoch eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Wirkungsevaluation versucht werden.



Hinsichtlich der Akquisemassnahmen ergibt sich ein geteiltes Bild: Beim Massenmailing zeigte sich, dass – gemessen an den Grundgesamtheiten der beiden Gruppen – die „integrierte“ Broschüre kein grösseres Interesse an Beratungsdienstleistungen auszulösen vermochte (vgl. Abschnitt 5.3.1). Beim Telefonmarketing war das integrierte Angebot gemessen an der Zahl der vereinbarten Erstgespräche deutlich erfolgreicher (Erfolgsquote 45% zu 4%, vgl. Abschnitt 5.3.3). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass das Gespräch mit der Lungenliga (fokussierter Ansatz) mit 350.- CHF kostenpflichtig und das Erstgespräch des Beratungszentrums kostenfrei war. Plausibel erscheint aber auch, dass das integrierte Angebot auf grösseres Interesse gestossen ist, da es mit mehreren Gesundheitsthemen eine breitere Angebotspalette umfasste und möglicherweise auch von einer positiven Konnotation der Betrieblichen Gesundheitsförderung profitierte. Aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen ist hier eine Ursachenzuschreibung letztendlich nicht möglich.

Ziel der Erstgespräche war es, mit den Betrieben ein konkretes Interventionsprojekt zu vereinbaren. Da die Lungenliga insgesamt nur ein Erstgespräch geführt und aufgrund des geringen Erfolgs der Telefonakquise auf weitere Verbreitungsmassnahmen verzichtet hat, ist für diesen Schritt kein Vergleich zwischen den beiden Gruppen möglich. Für die Betriebe, die durch das Beratungszentrum beraten wurden, zeigt sich, dass es schwierig war, die Betriebe für eine konkrete Kooperation zu gewinnen (vgl. Abschnitt 5.4.1). Dies mag daran liegen, dass die Betriebe durch die Beratungsgespräche bereits genügend Informationen erhalten haben, um selbständig „einfache“ TP-Massnahmen umzusetzen (beispielsweise einen rauchfreien Betrieb einzuführen). Es waren nur sehr wenige Unternehmen bereit, Zeit und Geld in eine externe Unterstützung zu investieren, was aus einer betrieblichen Logik nachvollziehbar ist. Von Seiten der Intervenieierenden wäre zu überlegen, ob und welche Alternativen es zu den betriebsspezifischen Unterstützungsprojekten gibt, mit deren Hilfe die Zielsetzungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung ebenfalls erreichbar sind.

Hinsichtlich der letztendlich angestrebten Outcomes (vgl. Abschnitt 5.5) ist zu sagen, dass diese offenbar durchaus durch die Interventionen beeinflussbar sind: So haben sich die durch das Beratungszentrum oder die Lungenliga kontaktierten Betriebe häufiger bei „arbeitsplatz.rauchfrei“ registriert, und das Vorhandensein und die Intensität der Interventionen hingen mit grösseren Verbesserung bei individuellen Präventionsmassnahmen zusammen. Vergleicht man darüber hinaus die Art der Intervention (integriert vs fokussiert), so zeigt sich, dass mit der integrierten Intervention grössere Verbesserungen hinsichtlich verhältnispräventiver Massnahmen, gesundheitsrelevanter Outcomes und Einstellungen zum Thema Tabakprävention erreicht werden konnten. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist allerdings zu berücksichtigen, dass die integrierte Intervention mit höherer Wahrscheinlichkeit auch die intensivere war, d.h. Betriebe, die

durch das Beratungszentrum BGM Zürich beraten wurden, hatten – durch den grösseren Erfolg bei der Telefonakquise – auch die grössere Chance, ein oder mehrere persönliche Beratungsgespräche zu erhalten.

Zusammenfassend kann ein gemischtes Bild über den Erfolg des Projektes festgehalten werden: Während einige Teilergebnisse den integrierten Ansatz als erfolgversprechend ausweisen, ist die Umsetzung im Projekt nicht durchgängig gelungen. Insbesondere schwierig scheint der Übergang zwischen kostenlosen Telefonaten und Erst-Beratungen und dem Aufgleisen von Interventionsprojekten, die mit mehr oder weniger hohen Kosten für die Betriebe verbunden sind. Hier hat sich die Hoffnung nicht erfüllt, dass BGM als Türöffner für Tabakpräventionsmassnahmen wirken könnte. Ein viel versprechendes Ergebnis ist, dass der Ansatz des Beratungszentrums offenbar geeignet ist, mit den Rauchregelungen insbesondere *Gesundheitsverhältnisse* zu beeinflussen. Zahlreiche Studien zeigen, dass Rauchverbote einen grossen Einfluss auf das Rauchverhalten haben. Auf diese positiven Erfahrungen kann in zukünftigen Beratungsprojekten zurückgegriffen und diese Stärke weiter ausgebaut werden.

## 6 Diskussion und Schlussfolgerung

Das Projekt zielte darauf ab, die Verbreitung und den Impact von Tabakprävention (TP) in Betrieben zu erhöhen, indem TP in den breiteren Ansatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) integriert wird. Durch die Integration von Tabakprävention in BGM wurde der Zugang zu den Betrieben in zweifacher Hinsicht - sowohl für die Tabakprävention als auch für BGM – erweitert: Zum einen erwies sich ein erweitertes Argumentarium, welches aus der thematischen Verknüpfung von BGF und Tabakprävention bestand, als hilfreich. Zum anderen wurde durch die Integration des Themas Tabakprävention in BGM ein Vorgehen entwickelt, welches sich auch gut auf andere Themen übertragen lässt, z.B. auf das Thema Bewegungsförderung in Betrieben.

Im Gegensatz zum normalerweise direkten Vorgehen bei der Implementierung von Massnahmen in den Betrieben, wurde als erste Intervention eine überbetriebliche Strategie gewählt. Durch einen flächendeckenden Versand (alle Betriebe mit mehr als zwanzig Mitarbeitenden, Rücklauf von 36%) zur Erfassung des aktuellen Stands von BGM und Tabakprävention in Zürcher Betrieben sowie des Bedarfs bezüglich Dienstleistungen im Bereich BGM und Tabakprävention, konnte ein zielgruppenspezifisches bedarfsgerechtes Vorgehen gewählt werden, welches die folgenden Kriterien beinhaltete:

- (1) Betriebsgrösse: Um den Public-Health Impact der Intervention zu maximieren, wurden alle Betriebe der Interventionsgruppe 2 mit mehr als 250 Mitarbeitenden kontaktiert.
- (2) Nachfrage nach Dienstleistung: Die mittelgrossen und kleinen Betriebe wurden gemäss der im Fragebogen geäusserten Nachfrage gezielt nach einer bestimmten Dienstleistung angesprochen:
  - Nachfrage nach einem persönlichen Beratungsgespräch
  - Stichprobe derjenigen Betriebe mit Interesse am Thema ‚rauchfreier Betrieb‘
  - Triagierung der Betriebe an Lungenliga Basel mit Interesse an Rauchstopp-Kursen (diese wurden allerdings von der Lungenliga aus Zeitgründen nicht kontaktiert).
  - Stichprobe von Betrieben mit überdurchschnittlich grossen Problemen mit Passivrauch

Dadurch konnte sehr spezifisch auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Betriebe eingegangen werden. Zusätzlich war es hilfreich, sich auf die Befragungsergebnisse der einzelnen Betriebe bezüglich ihres Standes bzw. Interesses an BGM und TP abstützen zu können.

Insgesamt konnten in 32 persönlichen und 63 telefonischen Beratungsgesprächen Unternehmen anhand unserer aktiven Disseminations- und Interventionsstrategie tiefer gehend mit dem Thema BGM und Tabakprävention konfrontiert werden.

Die Auswertung der Ergebnisziele zeigt, dass persönliche Beratungen einen höheren Wissenszuwachs zu den Folgen des Tabakkonsums in den Betrieben brachten (in 63% der Fälle) als telefonische Beratungen (in nur 13% der Fälle). Eine verbesserte Einstellung und Erwartungshaltung gegenüber Tabakprävention konnte jedoch vermehrt durch telefonische Beratungen erreicht werden (in 38% der Fälle) im Gegensatz zu den persönlichen Beratungsgesprächen (vor allem in grossen Betrieben), wo sich die Einstellung kaum verbesserte. Dies mag daran liegen, dass bei den Grossbetrieben wegen ihres systematischeren Umgangs mit TP ein Spielraum „nach oben“ kaum noch gegeben war. Im Vorher-/Nachhervergleich der Befragungen zeigte sich die grösste Veränderung im Bereich verschärfter Rauchregelungen. Rauchen war in mehr Betrieben nur noch im Freien erlaubt (2007: 40.0%, 2009: 48.6%) und nicht mehr „draussen und in bestimmten Räumen“ (2007: 47.6%, 2009: 41.4%). Positive Effekte zeigten sich auch bei den Problemen durch Passivrauchbelastung, die mit der Schärfe der Rauchregelungen abnahmen. Diese positive Entwicklungen bez. Rauchregelungen dürften aber vor allem auf die Sensibilisierung durch das bevorstehende Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen zurückzuführen sein. Bei einem Vergleich der kontaktierten mit den nicht-kontaktierten Betrieben zeigt sich, dass sich erstere häufiger auf der Webseite des nationalen Projektes „arbeitsplatz.rauchfrei“ registrierten. Dabei machte es aber keinen Unterschied, ob es sich um integrierte oder fokussierte TP handelte. Zusätzlich wurde untersucht, ob die Betriebe besser für TP erreicht werden können, wenn sie in BGM integriert ist. Die Resultate zeigen jedoch kein eindeutiges Ergebnis.

Durch das bevorstehende Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen waren schon viele Unternehmen auf dem Weg zum rauchfreien Betrieb oder bereits rauchfrei. In vielen Fällen war damit nur noch ein Bedarf an Informationen vorhanden, welcher sich auf die spezifische Situation des jeweiligen Betriebs bezog. Damit war der Bedarf an telefonischen und persönlichen Beratungsgesprächen viel grösser als geplant und andererseits der Bedarf an Informationsveranstaltungen und konkreter Begleitung der Umsetzung geringer. Daher erfolgte im Verlauf des Projekts eine Anpassung an diesen veränderten Bedarf. Diese angepasste Unterstützung war bei den Betrieben sehr willkommen, insbesondere die Einbettung von Tabakprävention in das Thema BGM, da dadurch den Mitarbeitenden zusätzlich etwas geboten werden konnte. Obwohl das Gesetz zum Teil sehr kontroverse Aspekte beinhaltet (Gastronomie, oder Regelung in halbprivaten Räumen wie Pflegeheimen oder Gefängnissen) erfuhren wir durch die Betriebe beim Thema rauchfreier Betrieb weniger Widerstand als erwartet. In den meisten Fällen verlief die Einführung problemlos. In den spezifischeren Fällen waren die Betriebe froh um gezielte Informationsvermittlung zu einzelnen Problembereichen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die gestufte Interventionsstrategie – zunächst Beratungsgespräche und dann vertiefte, unternehmensspezifische Unterstützungsgespräche – sowohl für die fokussierte als auch die in das BGM integrierte TP in Betrieben bewährt. Intensiverer Kontakt zu den Betrieben erhöhte die Wahrscheinlichkeit von Rauchstopp-Trainings sowie strengerer Rauchregelungen. In beiden Teilprojekten zeigte sich darüber hinaus während des Projektzeitraumes eine generelle Verschärfung der Rauchregelung in den an der Umfrage beteiligten Betrieben. Es lässt sich aber eine Tendenz zu Gunsten des integrierten Vorgehens feststellen: Diejenigen Betriebe, welche eine Broschüre zur integrierten TP erhielten, zeigten eine etwas grössere Nachfrage nach Dienstleistungen und es konnten anschliessend mehr Betriebe für ein persönliches Beratungsgespräch gewonnen werden. Auch bei der Beratung zeigte der integrierte gegenüber dem fokussierten TP Ansatz eine bessere Wirkung bezüglich der Strenge der Rauchregelungen – wobei die Unterschiede relativ klein sind und die Vergleichbarkeit beim Vorgehen nicht immer gegeben ist.

### **6.1 Vernetzung und Kooperation als Erfolgsfaktor**

Eine grosse Stärke des Projekts war die enge Zusammenarbeit mit den Lungenligen Zürich und Basel sowie Züri Rauchfrei. Dadurch konnte der Transfer des Tabakpräventions-Knowhows optimal gewährleistet werden. Durch die enge Zusammenarbeit der Lungenligen Zürich und Basel konnte dieses Projekt eng mit dem Projekt Unternehmen Rauchfrei vernetzt werden, welches von der Lungenliga Basel geleitet und umgesetzt wurde. Sowohl die BGF- als auch die Tabakpräventions-ExpertInnen profitierten in fachlicher als auch betriebswirtschaftlicher Hinsicht, v.a durch den Austausch fachspezifischen Wissens sowie durch das gemeinsame Marketing voneinander.

Die Zusammenarbeit insbesondere mit den Lungenligen Basel und Zürich wird auch nach Ende des Projekts bestehen bleiben: So wird Tabakprävention weiterhin in den BGM-Beratungen des Beratungszentrums integriert und bei Bedarf Rauchstopp-Trainings an die Lungenliga Basel vermittelt.

### **6.2 Fazit für die Praxis**

Aus dem Projekt ergaben sich verschiedene, klare Empfehlungen für TP Akteure sowie für Betriebe (Emch & Lehmann, 2009; Lehmann & Emch, 2009):

Tabakkonsum gehört weltweit nach wie vor zu den grössten Problemen der öffentlichen Gesundheit und wird von einem Teil der Bevölkerung immer noch unterschätzt. Über Unternehmen und Ämter können viele rauchende Mitarbeitende erreicht werden. Information und Meinungsbildung zur Gefährlichkeit des Tabakkonsums sollte deshalb zu einem festen Bestandteil eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements gemacht werden.

Nachfolgend werden die wichtigsten Empfehlungen für zwei wesentliche Zielgruppen der betrieblichen TP zusammengefasst.

### **6.2.1 Zielgruppe Akteure in der Prävention**

**Empfehlung 1:** Tabakprävention in Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) einbetten, da Betriebe dadurch mehr Interesse an diesem Thema zeigen

BGM bietet eine ideale Ausgangslage für die Integration der Thematik Tabakprävention. Obwohl Betriebe auch Interesse zeigen, wenn die Tabakprävention fokussiert angegangen wird, legen die Ergebnisse des Projekts BGM mit integrierter Tabakprävention nahe, dass bei der integrierten Form noch mehr Betriebe Interesse an einer Beratung zeigen. Auf der Verhältnisebene können so Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten wie Rauchregelungen, Stress am Arbeitsplatz und Unterforderung ganzheitlich analysiert, das vorhandene Potenzial der Mitarbeitenden gestärkt und bestehende Strukturen und Prozesse im Betrieb optimiert werden. Massnahmen auf der Verhaltensebene wie Angebote zu Rauchstopp (in Kooperation mit den Lungenligen Zürich und Basel, sowie Züri Rauchfrei), Ernährung, Bewegung und Entspannung unterstützen die Mitarbeitenden zusätzlich.

**Empfehlung 2:** Eine Befragung zum Stand der Zielgruppe bezüglich Tabakprävention erlaubt ein gezieltes Vorgehen bei der Informationsvermittlung und der Beratung der Betriebe.

2007 wurden in einer ersten Befragung alle Betriebe (inkl. Verwaltung) im Kanton Zürich mit mehr als 20 Mitarbeitenden zum Stand der Tabakprävention sowie Betrieblichem Gesundheitsmanagement befragt. Ausserdem wurde auch der Informations- und Beratungsbedarf erhoben. Die Auswertung der Betriebe, welche geantwortet haben, erlaubte dadurch ein gezieltes Vorgehen bei der Kontaktaufnahme.

**Empfehlung 3:** Informationen zu rauchfreiem Betrieb und Rauchstopp-Trainings durch Telefonberatung oder Beratung vor Ort direkt an Betriebe vermitteln

Die Betriebsvertretenden haben meist spezifische Fragen bezogen auf ihren Betrieb und sind, wie das Projekt BGM mit integrierter Tabakprävention gezeigt hat, weniger interessiert an Informationsveranstaltungen für mehrere Betriebe.

## 6.2.2 Zielgruppe Betriebe

### **Empfehlung 4:** Wann immer möglich einen absolut rauchfreien Betrieb einführen

Das heisst, es darf nur ausserhalb des Gebäudes geraucht werden. Diese Rauchregelung ist strenger als die vorgesehene Verordnung im Bundesgesetz, gewährleistet jedoch einen absoluten Schutz vor Passivrauchen. Viele Betriebe (2007 40% im Kanton Zürich, 2009 bereits 48,6%) setzen dies bereits heute erfolgreich um. In rauchfreien Betrieben gelingt den rauchenden Mitarbeitenden der Ausstieg mehr als doppelt so häufig. Rauchenden Mitarbeitenden gelingt es ausserdem in rauchfreien Betrieben, ihren täglichen Zigarettenkonsum um ca. 4 Zigaretten zu reduzieren.

### **Empfehlung 5:** Vorgehen zur Umsetzung des rauchfreien Betriebs

Die Einführung des rauchfreien Betriebs kann im Rahmen eines Gesundheitszirkels oder als einzelnes Modul geplant werden. Es ist von Vorteil für die Interventionsplanung eine betriebsinterne Arbeitsgruppe mit rauchenden und nichtrauchenden Personen einzusetzen.

Folgende Schritte sind zu beachten:

*Situationsanalyse* bzgl. der aktuellen Rauchregelungen im Betrieb, der betroffenen Arbeitsplätze und der Rückmeldungen zum Passivrauchen schafft die nötige Informationsgrundlage.

*Entwicklung der Massnahmen* beinhaltet Rauchregelungen gemäss den gesetzlichen Vorgaben festzulegen, die Informationspolitik zu definieren, bauliche Massnahmen abzuklären, unterstützende Massnahmen zu planen und den Termin der Einführung festzulegen.

Zentral beim dritten Schritt *Umsetzung* sind eine gute Informationspolitik, klare Regelungen für den ganzen Betrieb und unterstützende Massnahmen wie Rauchstopp, Ernährung, Bewegung und Entspannung, welche die Akzeptanz der Einführung rauchfreier Betrieb erhöhen.

Die *Evaluation* prüft, ob die Umsetzung geklappt hat, oder Klärungsbedarf besteht.

Die Praxis zeigt, dass die Umsetzung oft problemlos verläuft.

### **Empfehlung 6:** Wichtig ist nach der Einführung des rauchfreien Betriebs ein Rauchstopp-Angebot für rauchende Mitarbeitende.

Um die Massnahme rauchfreier Betrieb abzufedern und um weiterhin den Anteil Rauchender zu reduzieren, ist es wichtig, Rauchstopp-Trainings regelmässig über längere Zeit anzubieten. 60% der Rauchenden möchten mit dem Rauchen aufhören. Die Mitarbeitenden werden wie oben beschrieben besser erreicht, wenn die Tabakprävention in ein BGM eingebettet ist.

## 7 Literatur

- Badura, B., Schröder, H., & Vetter, C. (Eds.). (2009). *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Heidelberg: Springer.
- Bauer, G., & Jenny, G. (2007). Gesundheit in Wirtschaft und Gesellschaft. In K. H. Moser (Ed.), *Wirtschaftspsychologie* (pp. 221-243). Berlin: Springer.
- Bauer, G. F., Jenny, G., Inauen, A., Deplazes, S., & Lehmann, K. (2008). *Research-Practice Partnership for Developing Health Promoting Organizations: Model and Implementation [oral presentation]*. Paper presented at the 8th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology; 2008 Nov 12-14; Valencia.
- Bauer, G. F., & Jenny, G. J. (2007). Development, Implementation and Dissemination of Occupational Health Management (OHM): Putting Salutogenesis into Practice. In S. McIntyre & J. Houdmond (Eds.), *Occupational Health Psychology. European Perspectives on Research, Education and Practice* (Vol. 2, pp. 219-250). Castelo da Maia: ISMAI.
- Bauer, G. F., Jenny, G. J., Deplazes, S., & Lehmann, K. (2009). Projektantrag. Tabakprävention als integrierte Strategie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. unv. Projektantrag. POH: Zürich.
- Bauer, J. E., Hyland, A., Li, Q., Steger, C., & Cummings, M. (2005). A Longitudinal Assessment of the Impact of Smoke-Free Worksite Policies on Tobacco Use. *American Journal of Public Health, 95*(6), 1024-1029.
- Buchmann, H., & Müller, R. (2001). *Alkohol- und Tabakprävention in Schweizer Unternehmen. Bericht über eine repräsentative Betriebsbefragung in der Schweiz*. Lausanne: SFA.
- Crosswaite, C., & Curtice, L. (1994). Disseminating research results-the challenge of bridging the gap between health research and health action. *Health Promotion International, 9*(4), 289-296.
- De Greef, M., Van den Broek, K., Prevent, & NCO Belgium (2004). *Making the Case for Workplace Health Promotion. Analysis of the effects of WHP*. Brussel: ENWHP.
- Dearing, J. W., Maibach, E. W., & Buller, D. B. (2006). A Convergent Diffusion and Social Marketing Approach for Disseminating Proven Approaches to Physical Activity Promotion. *American Journal of Preventive Medicine, 31*(4s), S11-S23.
- Deplazes, S., & Hofmann, T. (April 2007). Marketingstrategien von Tabakprävention im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. BGM-Zürich, Beratungszentrum für Betriebliches Gesundheitsmanagement Abt. Gesundheitsforschung und Betriebliches Gesundheitsmanagement Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, ETH Zürich.
- Emch, A., & Lehmann, K. (2009). Raucher begrüßen die Umstellung. *fit im job - magazin, Juni-Juli 2009*, 29-31.
- ENWHP. (1997). *The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Luxembourg: European Network for Workplace Health Promotion.
- Eriksen, M. P., & Gottlieb, N. H. (1998). A review of the health impact of smoking control at the workplace. *American Journal of Health Promotion, 13*(2), 83-104.



- Farkas, A. J., Gilpin, E. A., White, M. M., & Pierce, J. P. (2002). Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *Journal of the American Medical Association*, *284*, 717-722.
- Fichtenberg, C. M., & Glantz, S. A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, *325*, 188195.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Frei, A. (1998). Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz. Epidemiologie, Direkte Kosten. HealthEcon, Basel.
- Friedrich, V., & Bauer, G. F. (2008). *A Framework for Evaluating Occupational Health Services: Applying the RE-AIM Criteria in a Consultancy Context [oral presentation]*. Paper presented at the 8th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology; 2008 Nov 12-14; Valencia. Retrieved from [http://eaohp.org/Documents/EA-OHP%202008%20Conference\\_Book%20of%20Proceedings.pdf](http://eaohp.org/Documents/EA-OHP%202008%20Conference_Book%20of%20Proceedings.pdf)
- Friedrich, V., Brügger, A., & Bauer, G. (2009). Worksite Tobacco Prevention in the Canton of Zurich: Stages of change, predictors and outcome. *International Journal of Public Health*, *54*(6), 427-438.
- Friedrich, V., Brügger, A., & Hoffmann, S. (2009). Evaluationsbericht. Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Konzept und Ergebnisse der Evaluation. unv. Evaluationsbericht. POH: Zürich.
- Glasgow, R. E., & Emmons, K. M. (2007). How Can We Increase Translation of Research into Practice? Types of Evidence Needed. *Annual Review of Public Health*, *28*, 413-433.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, *89*(9), 1322-1327.
- Goldgruber, J., & Ahrens, D. (2010). Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. *Journal of Public Health*, *18*, 75-88.
- Graham, I. D., Logan, R., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et al. (2006). Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, *26*(1), 13-24.
- Haberland, C. (1998). *Der "Setting-Ansatz" der WHO auch am Beispiel: "Gesundheitsförderndes Krankenhaus"*. Paper presented at the Internationales Symposium des Deutschen Gesunde Städte Netzwerks, 29.-30.10.1998, München.
- Inauen, A., Jenny, G., & Bauer, G. F. (Submitted March 2010). Design-principles for data- and change-oriented analysis in workplace and other setting-based health promotion. *Health Promotion International*.
- Janer, G., Sala, M., & Kogevinas, M. (2002). Health Promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, *28*(3), 141-157.
- Jenny, G., Lehmann, K., Deplazes, S., & Bauer, G. (2006). Worksite Health Promotion: Dissemination and Acquisition Strategies in Switzerland. *European Journal of Public Health*, *16* (Suppl. 1), 207.

- Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (Under Revision). Disseminating Occupational Health Management (OHM): The Utility of the Transtheoretical Model of Change for Assessing Stage of OHM Development in Organizations. *Journal of Occupational Health Psychology*.
- Kehrbaum, T. (2009). Innovation als sozialer Prozess – Wandel des Diskurses. In T. Kehrbaum (Ed.), *Innovation als sozialer Prozess* (pp. 17-56): VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kilian, H., Brandes, S., & Köster, M. (2008). Die Praxis der sozialbezogenen Gesundheitsförderung. Handlungsfelder, Akteure und Qualitätssicherung. *GGW*, 8(2), 17-26.
- Kilian, H., Geene, R., & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im setting. Gutachten im Auftrag des BKK-Bundesverbandes. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Eds.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliches Gutachten zum BKK-Bundesprogramm „Mehr Gesundheit für Alle“* (pp. 151-230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Koziol, K., Pfürtsch, W., Heil, S., & Albrecht, K. (2006). *Social Marketing. Erfolgreiche Marketingkonzepte für Non-Profit-Organisationen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Kramish Campbell, M., & Quintiliani, L. M. (2006). Tailored Interventions in Public Health: Where Does Tailoring Fit in Interventions to Reduce Health Disparities? *American Behavioral Scientist*, 49(6), 775-793.
- Krebs, H., Keller, R., Rübli, S., & Hornung, R. (2005). *Passivrauchen in der Schweizer Bevölkerung 2004 (Zusammenfassung)*. Universität Zürich, im Auftrag des BAG.
- Kreuter, M. W., Strecher, V. J., & Glassman, B. (1999). One Size Does Not Fit All: The Case For Tailoring Print Materials. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 276-283.
- Lehmann, K., Deplazes, S., Bauer, G. F., & Reuter, H. (2006). *Betriebliche Gesundheitsförderung als marktfähiges Gut? Verbreitungs- und Akquisitionsstrategien in der Schweiz*. 52. Frühjahrstagung der Gesellschaft für Arbeitswissenschaften (GfA), März 2006, Stuttgart.
- Lehmann, K., & Emch, A. (2009). Flyer: Projekt BGM mit integrierter Tabakprävention. Zürich: BGM-ZH.
- Lomas, J. (1993). Diffusion, Dissemination, and Implementation: Who Should Do What? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 226-237.
- Maurischat, C. (2001). *Erfassung der „Stages of Change“ im Transtheoretischen Modell Prochaska's - eine Bestandsaufnahme*. Freiburg: Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.
- Mendel, P., Meredith, L. S., Schoenbaum, M., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2008). Interventions in Organizational and Community Context: A Framework for Building Evidence on Dissemination and Implementation in Health Services Research. *Administration and Policy in Mental Health*(35), 21-37.
- National Collaborating Centre for Methods and Tools (Producer). (2010, 02.05.2010) Sharing what works in public health (Online) <http://learning.nccmt.ca/en/intro/overview.php>. retrieved from <http://learning.nccmt.ca/en/intro/overview.php>
- Nutley, S., Walter, I., & Davies, H. T. O. (2003). From Knowing to Doing: A Framework for Understanding the Evidence-into-Practice Agenda. *Evaluation*, 9(2), 125-148.

- Perkins, E. R., Simnett, I., & Wright, L. (Eds.). (1999). *Evidence-based Health Promotion*. Chichester: Wiley.
- Prochaska, J. M. (2000). A Transtheoretical Model for Assessing Organizational Change: A Study of Family Service Agencies' Movement to Time-Limited Therapy. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 81(1), 76-84.
- Prochaska, J. O., Butterworth, S., Redding, C. A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M., et al. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive Medicine*, 46, 226-231.
- Richard, G., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *MJA, Supplement 180* S57-S60.
- Saksvik, P. Ø., Nytrö, K., Dahl-Jørgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational health interventions. *Work & Stress*, 16, 37-57.
- Shain, M., & Kramer, D. M. (2004). Health Promotion in the Workplace: Framing the Concept; Reviewing the Evidence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61, 643-648.
- Tetroe, J. M., Graham, I. D., Foy, R., Robinson, N., Eccles, M. W., Durieux, P., et al. (2008). Health Research Funding Agencies' Support and Promotion of Knowledge Translation: An International Study. *The Milbank Quarterly*, 86(1), 125-155.
- Vitale, S., Priez, F., & Jeanrenaud, C. (1998). Le coût social de la consommation de tabac en Suisse, rapport final, Institut de recherches économiques et régionales, Neuchâtel.
- Yuan, C. T., Nembhard, I. M., Stern, A. F., Brush, J. E., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2010). Blueprint for the Dissemination of Evidence-Based Practices in Health Care. *The Commonwealth Fund*, 86, 1-14.

## **8 Anhang**

### **8.1 Fragebogen**

Herr Marin Muster  
Abteilung Fühlingsgespenst  
Firma Frischluft  
Rosenduftgasse 25  
5432 Rauchdorf

## Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Tabakprävention

**Ziel der Studie:** Es soll ein Überblick über den Stand des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und speziell der Tabakprävention in Zürcher Betrieben gewonnen werden. Tabakprävention im Betrieb kann z.B. bedeuten, Raucher/-innen mit Kursen beim Rauchstopp zu unterstützen oder Rauchen im Betrieb einzuschränken.

**Teilnehmende:** Der Fragebogen geht an alle Betriebe bzw. Filialen im Kanton Zürich mit mehr als 20 Mitarbeitenden. Er sollte von einer Person ausgefüllt werden, die mit dem Personalmanagement bzw. – falls vorhanden – mit dem Gesundheitsmanagement im Betrieb oder in der Filiale vertraut ist. Wenn es keine Person mit dieser Funktion in Ihrem Betrieb gibt, sollte der Fragebogen durch ein Mitglied der Geschäftsleitung ausgefüllt werden. Das Ausfüllen dauert ca. 15 Minuten.

**Vertraulichkeit:** Wir sichern allen Teilnehmenden der Studie absolute Vertraulichkeit zu. Die Daten werden nur in zusammengefasster Form ausgewertet, so dass sich aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf bestimmte Betriebe ziehen lassen. Auch in Publikationen werden keine Namen von Betrieben genannt.

### 1. Tabakprävention in Ihrem Betrieb

Zunächst möchten wir Sie bitten, uns einen Eindruck vom Stand der Tabakprävention in Ihrem Betrieb zu vermitteln. Sollte der Stand in verschiedenen Bereichen Ihres Betriebs unterschiedlich sein, so versuchen Sie bitte, die Antwort zu wählen, die die Situation in Ihrem Betrieb insgesamt am besten wiedergibt.

1.1 Ist in Ihrem Betrieb geregelt, wo geraucht werden darf und wo nicht?

**Nein**, in unserem Betrieb gibt es keine solche Regelung. (→ Weiter zu Frage 1.2)

**Ja**. Die Regelung in unserem Betrieb besagt (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Rauchen ist nirgendwo (weder in Gebäuden noch auf betriebseigenen Freiflächen) erlaubt.
- Rauchen ist draussen, aber nicht in Gebäuden erlaubt.
- Rauchen ist draussen und in bestimmten Bereichen in Gebäuden erlaubt.
- Rauchen ist überall erlaubt ausser in einzelnen rauchfreien Zonen.

Wird diese Regel **eingehalten**?

- ja, immer       ja, meistens  
 nein, sie wird oft übertreten     nein, sie wird ständig übertreten  
 weiss nicht

Liegt diese Regel **schriftlich** vor?

- ja     nein     weiss nicht

Ist definiert, was die **Konsequenzen** sind, wenn die Regel übertreten wird?

- ja     nein     weiss nicht

1.2 Wie wird in Ihrem Betrieb mit **Rauchpausen** umgegangen?

Rauchpausen sind auf die normalen Pausenzeiten beschränkt.  ja  nein  weiss nicht

Zusätzliche Rauchpausen werden effektiv von der Arbeitszeit abgezogen.  ja  nein  weiss nicht

In unserem Betrieb gibt es keine Rauchpausen, weil ....  in unserem Betrieb keine Raucher/-innen arbeiten.  
 Rauchpausen in unserem Betrieb generell verboten sind.

1.3 Welche **weiteren Massnahmen oder Angebote zur Tabakprävention** werden in Ihrem Betrieb umgesetzt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Kein Verkauf von Tabakwaren auf dem Betriebsgelände
- Rauchstopp-Kurse für Mitarbeitende
- Bauliche Massnahmen (z.B. Abgrenzung von Rauchbereichen, Einbau von Lüftungsanlagen)
- Individuelle Beratung für Raucher/-innen
- Selbsthilfe- und Informationsmaterialien

Andere Massnahmen (bitte spezifizieren): .....

1.4 Im April 2007 hat die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Informationen zum Programm „**arbeitsplatz.rauchfrei**“ verschickt.

Haben Sie diese Informationen gelesen?

- ja  nein  habe ich nicht erhalten  weiss nicht

Im Folgenden interessiert uns, wie die Geschäftsleitung in Ihrem Betrieb zum rauchfreien Betrieb und zu Rauchstopp-Kursen steht.

| 1.5 In wie fern treffen die folgenden Aussagen aus <u>Perspektive der Geschäftsleitung</u> zu? | trifft nicht zu          | trifft eher nicht zu     | trifft teilweise zu      | trifft eher zu           | trifft zu                | weiss nicht              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ein rauchfreier Betrieb  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| ... lohnt sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... lohnt sich aus gesundheitlicher Sicht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wird von den Mitarbeitenden nicht angenommen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ist zu aufwändig.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchstopp-Kurse für Mitarbeitende   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| ... lohnen sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... lohnen sich aus gesundheitlicher Sicht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... werden von den Mitarbeitenden nicht angenommen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sind zu aufwändig.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 2. Der Stand gesundheitsrelevanter Massnahmen in Ihrem Betrieb

Im Folgenden möchten wir erfassen, in wie weit unterschiedliche Massnahmen des Gesundheitsmanagements, der Tabakprävention und der Organisationsentwicklung in Ihrem Betrieb umgesetzt werden bzw. in Planung sind.

|  | hat uns bisher noch nicht interessiert | interessiert uns, wird aber noch nicht umgesetzt | beabsichtigen wir, in den nächsten Monaten umzusetzen | setzen wir um, aber bisher nur unregelmässig | setzen wir bereits systematisch um |
|--|--|--|---|--|------------------------------------|
| Kursangebote zum Gesundheitsverhalten (z.B. zu Bewegung, Ernährung)    | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>           |
| Arbeitsgruppe zu Gesundheit und Arbeitsbedingungen (Gesundheitszirkel) | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>           |
| Rauchfreier Betrieb  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>           |
| Rauchstopp-Kurse   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>           |
| Arbeitsgestaltung (z.B. Arbeitszeitmodelle, Teamarbeit)                | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>           |
| Organisationsentwicklung (z.B. Prozessoptimierung, Qualitätszirkel)    | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>           |

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre persönliche Meinung und Ihre Kenntnisse zu Tabakprävention und Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM).

| In wie fern treffen die folgenden Aussagen auf <u>Sie persönlich</u> zu?  | trifft nicht zu          | trifft eher nicht zu     | trifft teilweise zu      | trifft eher zu           | trifft zu                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich finde, dass Rauchen eine private Angelegenheit ist, aus der sich der Betrieb generell heraushalten sollte.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mir ist klar, wie ich bei der Einführung von Tabakpräventions-Massnahmen vorgehen kann.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kenne die Folgen, die der Tabakkonsum unserer Mitarbeitenden für unseren Betrieb hat (z.B. Reinigungskosten, Absenzen durch tabakbedingte Krankheiten). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabakprävention in unserem Betrieb ist mir persönlich ein wichtiges Anliegen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit BGM ist ein grosser finanzieller und zeitlicher Aufwand verbunden.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durch BGM lassen sich vorhandene Unternehmensstrukturen und Abläufe verbessern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3. Die Situation in Ihrem Betrieb**

Diese Fragen beziehen sich auf tabakbezogene Probleme und den Stellenwert des Gesundheitsmanagements in Ihrem Betrieb.

| In wie fern treffen die folgenden Aussagen auf Ihren Betrieb zu?  | trifft nicht zu          | trifft eher nicht zu     | trifft teilweise zu      | trifft eher zu           | trifft zu                | weiss nicht              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mitarbeitende in unserem Betrieb sind während der Arbeit oder der Pausen Passivrauch ausgesetzt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In unserem Betrieb gibt es Beschwerden über Passivrauch.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen am Arbeitsplatz wird von den meisten unserer Mitarbeitenden nicht mehr toleriert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nichtraucher/-innen haben es in unserem Betrieb manchmal schwer, sich durchzusetzen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unser Unternehmen stellt regelmässig finanzielle Mittel für die Förderung der Gesundheit unserer Mitarbeitenden zur Verfügung.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsförderung ist eine klar definierte Aufgabe einer Person oder Organisationseinheit in unserem Betrieb.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unser Betrieb bemüht sich, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass den Mitarbeitenden die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erleichtert wird.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kennzahlen zur Gesundheit der Mitarbeitenden (z.B. Absenzen, Unfälle, Krankheitsursachen) werden systematisch ausgewertet und Massnahmen daraus abgeleitet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Mitarbeitenden sind bei der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderungs-Massnahmen stark einbezogen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Mitarbeitenden werden regelmässig über Massnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements informiert.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bei den nächsten Fragen geht es um die wirtschaftliche Situation, gesundheitsbezogene Probleme und die Arbeitssituation der Mitarbeitenden sowie um das Innovationsklima in Ihrem Betrieb.

| In wie fern treffen die folgenden Aussagen auf Ihren Betrieb zu?   | trifft nicht zu          | trifft eher nicht zu     | trifft teilweise zu      | trifft eher zu           | trifft zu                | weiss nicht              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wir machen mit unserem Betrieb gerade wirtschaftlich schwierige Zeiten durch.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In unserem Betrieb gibt es z.Z. umfangreiche Restrukturierungen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In unserem Betrieb haben wir viele krankheitsbedingte Fehltag.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die meisten unserer Mitarbeitenden sind durch ihre Arbeit körperlichen Belastungen oder Gefährdungen ausgesetzt (z.B. durch Chemikalien, Lärm, Maschinen, Heben von Lasten). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die meisten unserer Mitarbeitenden arbeiten unter hohem Zeitdruck.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die meisten unserer Mitarbeitenden haben rein ausführende Tätigkeiten mit geringem Entscheidungsspielraum.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| In wie fern treffen die folgenden Aussagen auf Ihren Betrieb zu?   | trifft nicht zu          | trifft eher nicht zu     | trifft teilweise zu      | trifft eher zu           | trifft zu                | weiss nicht              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Die meisten Mitarbeitenden bleiben über viele Jahre in unserem Betrieb.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wir schaffen es, Innovationen in unserem Betrieb in die Tat umzusetzen, auch wenn Schwierigkeiten auftreten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es gelingt uns in der Regel, auch skeptische Mitarbeitende von Neuerungen in unserem Betrieb zu überzeugen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 4. Zusammensetzung der Belegschaft

Im Folgenden bitten wir Sie darum, den Anteil verschiedener Gruppen an der Gesamtbelegschaft einzuschätzen.

| Wie hoch ist der Anteil folgender Gruppen an der Gesamtbelegschaft? | <20%                     | 20-39%                   | 40-59%                   | 60-79%                   | >80%                     | weiss nicht              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anteil Frauen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anteil der Mitarbeitenden, die rauchen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anteil Mitarbeitende mit (Fach-)Hochschulabschluss                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anteil an- und ungelernete Mitarbeitende                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 5. Nutzung von Dienstleistungen

Hier bitten wir Sie, uns mitzuteilen, ob Sie Unterstützung zu den Themen Tabakprävention oder Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) wünschen oder an den Ergebnissen dieser Untersuchung interessiert sind.

5.1 Möchten Sie eine kostenlose Dienstleistung des BGM-Zürich (Beratungszentrum Betriebliches Gesundheitsmanagement der Universität Zürich) nutzen? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen)

**Ja.** Ich möchte mehr erfahren zum Thema

Einführung / Einhaltung des rauchfreien Betriebs     Rauchstopp-Kurse     BGM allgemein

Ich wünsche:

ein persönliches Beratungsgespräch     eine Infoveranstaltung

**Nein,** ich möchte keine Unterstützung in Anspruch nehmen, weil... (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

mich diese Themen nicht interessieren     diese Themen unsere Geschäftsleitung nicht interessieren

jetzt nicht der richtige Zeitpunkt dafür ist     in unserem Betrieb dafür keine Ressourcen vorhanden sind

wir BGM- bzw. Tabakprävention bereits erfolgreich umsetzen     mir die Zeit fehlt

Aus einem anderen Grund: .....

5.2 Möchten Sie die Ergebnisse dieser Befragung zugeschickt bekommen?

- Ja, per E-Mail. Meine E-Mail-Adresse: .....
- Ja, per Post. Meine Adresse: .....
- Nein .....

**6. Angaben zur ausfüllenden Person**  
Zum Schluss möchten wir Sie bitten, drei Fragen zu Ihrer Person zu beantworten.

6.1 Was ist Ihre Funktion in Ihrem Betrieb? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen):

- Geschäftsleitung     Personalverantwortliche/-r     Verantwortliche/-r für Arbeitssicherheit / Gesundheitsschutz
- Andere Funktion (bitte angeben): .....

6.2 Haben Sie die Befugnis, selbst über die Einführung von Gesundheitsmanagement-Massnahmen in Ihrem Betrieb zu entscheiden?

- ja     nein

Wenn nein: Wer entscheidet über solche Massnahmen?

- die Geschäftsleitung
- der/die Personalverantwortliche
- jeder Bereich / jede Abteilung für sich selbst

6.3 Sind Sie Raucher/-in oder Nichtraucher/-in?     Raucher/-in     Gelegenheitsraucher/-in     Nichtraucher/-in

**Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!**

## 8.2 Broschüre

# undheit und Leistung

Möchten Sie die Zufriedenheit und Leistung Ihrer Mitarbeitenden steigern?

Betriebliches Gesundheitsmanagement und Tabakprävention, eine Investition, die sich lohnt.

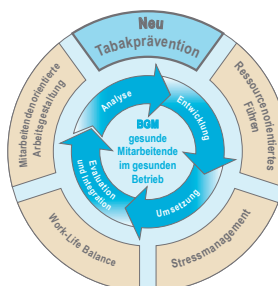
# Zufriedenheit und Leis

### Was ist Betriebliches Gesundheitsmanagement?

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) fördert die **Gesundheit der Mitarbeitenden**. Belastende Arbeitsbedingungen werden reduziert, das vorhandene Potenzial der Mitarbeitenden gestärkt und die bestehenden Strukturen und Prozesse im Betrieb optimiert.

### Ablauf des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die fundierte **Analyse** der Belastungsfaktoren ist eine wichtige Voraussetzung für die gezielte Wirkung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Bei der **Entwicklung** von Lösungsmassnahmen beteiligen sich Führungspersonen und Mitarbeitende. Je nach Bedarf werden unter anderem **Massnahmen** zu Tabakprävention, Stressmanagement oder Work-Life Balance **umgesetzt**. Die **Integration** von Betrieblichem Gesundheitsmanagement in bestehende Managementsysteme gewährleistet Nachhaltigkeit. Der Nutzen der Massnahmen wird **evaluiert**.



**Warum wird Tabakprävention in Betriebliches Gesundheitsmanagement integriert?**

Die Praxis zeigt, dass Tabakpräventions-Massnahmen erfolgreich umgesetzt werden können, wenn sie in ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingebunden werden. Wir integrieren Tabakprävention in unser Angebot zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement, was eine ganzheitliche Lösung gewährleistet. Ziel ist es, suchtauslösende Stressfaktoren abzubauen. Stress verursacht in der Schweiz durch Absenzen und Produktionsausfälle am Arbeitsplatz jährlich ca. 2,4 Milliarden Franken an Kosten.

**Rauchfreier Betrieb – ein Gewinn für alle**

- 60% der rauchenden Mitarbeitenden möchten mit dem Rauchen aufhören. In rauchfreien Betrieben gelingt ihnen das doppelt so oft wie in Betrieben, in denen geraucht werden darf.
- Rauchende Mitarbeitende in rauchfreien Betrieben reduzieren ihren Konsum täglich um ca. vier Zigaretten.
- 47% der nichtrauchenden Personen in Schweizer Betrieben sind dem Tabakrauch ausgesetzt. 72% dieser Personen fühlen sich dadurch belästigt.
- Mehr als die Hälfte der nichtrauchenden Erwerbstätigen wünscht sich einen rauchfreien Betrieb. Ein Drittel der rauchenden Erwerbstätigen unterstützt dieses Anliegen.
- Jährlich gehen in der Schweiz 4 Millionen Arbeitstage wegen rauchbedingten Krankheiten verloren.

**Gerne unterstützen wir Sie auf dem Weg zum rauchfreien Unternehmen und Ihre Mitarbeitenden beim Rauchstopp.**

Unser Angebot zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement mit integrierter Tabakprävention:

- Massnahmen zur Einführung eines rauchfreien Betriebes
- Ergänzung durch weitere Angebote zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

**Rauchstopptrainings für interessierte Mitarbeitende werden durch unsere Projektpartnerin Lungenliga Zürich angeboten.**

- Informationsveranstaltungen «Rauchstopp» (Dauer: 1.5 Std.)
- Rauchstopptrainings für Firmen (6 aufeinander folgende Module à 1.5 Std. plus 3 telefonische Nachbetreuungen)
- LuftiBus (Lungenfunktionsmessung), [www.luftibus.ch](http://www.luftibus.ch)



**LUNGENLIGA ZÜRICH**

Projektfinanzierung:

Weiterer Projektpartner:



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Tabakpräventionsfonds

**ZÜRICH  
RAUCHFREI**

### Was ist der Nutzen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement?

| Gesunde Mitarbeitende   | Gesundes Unternehmen  | Finanzieller Gewinn  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigerung der Leistung und des Engagements</li> <li>• bessere Gesundheit</li> <li>• höhere Arbeitszufriedenheit</li> <li>• weniger Stress</li> <li>• besserer Umgang mit Problemen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• besseres Betriebsklima</li> <li>• bessere Arbeitsbedingungen</li> <li>• bessere organisationale Abläufe</li> <li>• bessere Kommunikation zwischen Führungspersonen und Mitarbeitenden</li> <li>• bessere Informationsflüsse</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion der Fehlzeiten um 12% bis 36%</li> <li>• weniger Ersatz- und Aushilfspersonen</li> <li>• weniger Fluktuationen</li> <li>• Kosten-Nutzenverhältnis von BGM zwischen 1:2 und 1:5</li> </ul> |

### Wer sind wir?

BGM-Zürich ist das Beratungszentrum der Abteilung Gesundheitsforschung und Betriebliches Gesundheitsmanagement der Universität/ETH Zürich<sup>1</sup>.

Wir unterstützen Unternehmen und Verwaltungen bei der Umsetzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Wir entwickeln und koordinieren die Einführung von Massnahmen in Betrieben. Ausserdem sind wir verantwortlich für ein umfassendes öffentliches Programm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Kanton Zürich<sup>2</sup>.

Durch die enge Vernetzung von Forschung, Entwicklung und Beratung ist der Transfer von aktuellen Forschungsergebnissen in die Praxis gewährleistet. Unsere Angebote basieren auf dem neusten wissenschaftlichen Stand. Dies ermöglicht Innovation und Qualitätssicherung.

### Kontaktieren Sie uns für ein kostenloses Beratungsgespräch.

**BGM** | Beratungszentrum für  
Betriebliches Gesundheitsmanagement

Wir sind ein Beratungsteam aus den Fachbereichen Arbeits- und Organisationspsychologie unter der Leitung von Dr. phil. Katharina Lehmann.

### Kontakt

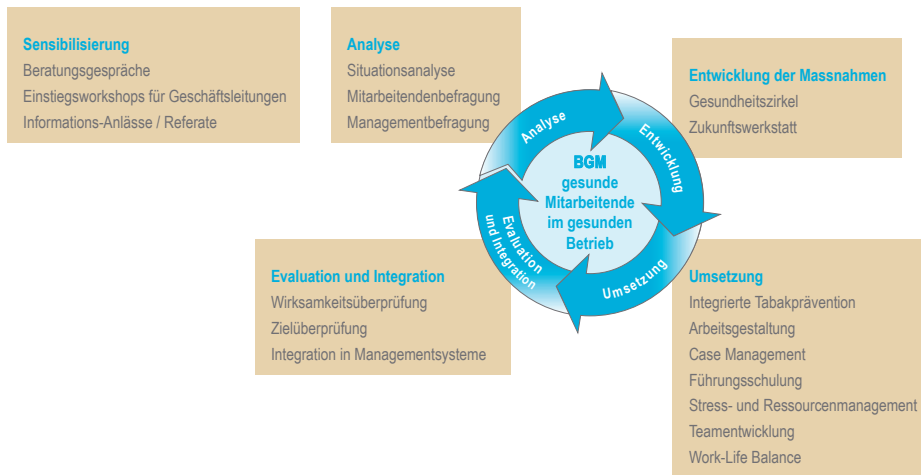
Tel. +41 (0)44 634 46 01, [www.bgm-zh.ch](http://www.bgm-zh.ch), [info@bgm-zh.ch](mailto:info@bgm-zh.ch)

<sup>1</sup> Abteilungsleitung Dr. med. DrPH Georg Bauer, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPMZ), Universität Zürich und Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, ETH Zürich.

<sup>2</sup> Basierend auf einem Regierungsratsbeschluss des Kantons Zürich definierte die erweiterte Sanitätskommission des Kantons Zürich BGM im November 2004 BGM als Schwerpunktprogramm. Mit der Umsetzung wurde das ISPMZ beauftragt. Das Programm wird von der Gesundheits-, der Volkswirtschafts- und der Lotteriefonds des Kantons Zürich sowie der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt. Die integrierte Tabakprävention wird vom Bundesamt für Gesundheit BAG (Tabakpräventionsfonds) finanziert.

### Unser Angebot zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement

Wir bieten massgeschneiderte Lösungen für Unternehmen und Verwaltungen an.



# Zufrieden

Wünschen Sie mehr Informationen oder Beratung zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement? Dann melden Sie sich bei uns.

Abteilung Gesundheitsforschung und  
Betriebliches Gesundheitsmanagement  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin (Universität Zürich) und  
Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften (ETH Zürich)

uzh | eth | zürich

**BGM** | Beratungszentrum für  
Betriebliches Gesundheitsmanagement

Hirschengraben 84, CH-8001 Zürich  
Tel. +41 (0)44 634 46 01  
info@bgm-zh.ch, www.bgm-zh.ch

## 8.3 Autorenschaft

Der vorliegende Bericht basiert auf den im Rahmen des Projektes erstellten Einzelpublikationen. Er wurde von Susanne Hoffmann zusammengestellt und editiert. Nachfolgend werden die einzelnen Abschnitte in diesem Bericht mit der jeweiligen Autorenschaft aufgeführt:

### 1 Zusammenfassung

*Lehmann, K., & Bauer, G. F. (2009). Schlussbericht. Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Konzept und Ergebnisse der Evaluation. unv. Projektbericht. POH: Zürich.*

### 2 Einleitung

*Lehmann, K., & Bauer, G. F. (2009). Schlussbericht. Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Konzept und Ergebnisse der Evaluation. unv. Projektbericht. POH: Zürich.*

#### 2.1 Hintergrund

*Bauer, G. F., Jenny, G. J., Deplazes, S., & Lehmann, K. (2009). Projektantrag. Tabakprävention als integrierte Strategie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. unv. Projektantrag. POH: Zürich.*

#### 2.2 Projektziele und Projektstrategien

*Bauer, G. F., Jenny, G. J., Deplazes, S., & Lehmann, K. (2009). Projektantrag. Tabakprävention als integrierte Strategie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. unv. Projektantrag. POH: Zürich.*

#### 2.3 Zielgruppe

*Bauer, G. F., Jenny, G. J., Deplazes, S., & Lehmann, K. (2009). Projektantrag. Tabakprävention als integrierte Strategie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. unv. Projektantrag. POH: Zürich.*

#### 2.4 Projektarchitektur und Projektumsetzung

*Susanne Hoffmann*

## 3 Konzeptionelle Grundlagen

### 3.1 Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting

*Bauer, G. F., Jenny, G. J., Deplazes, S., & Lehmann, K. (2009). Projektantrag. Tabakprävention als integrierte Strategie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. unv. Projektantrag. POH: Zürich.*

### 3.2 Transtheoretisches Modell nach Prochaska

*Bauer, G. F., Jenny, G. J., Deplazes, S., & Lehmann, K. (2009). Projektantrag. Tabakprävention als integrierte Strategie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. unv. Projektantrag. POH: Zürich.*

### 3.3 Integrierte Tabakprävention als soziale Innovation

*Bauer, G. F., Jenny, G. J., Deplazes, S., & Lehmann, K. (2009). Projektantrag. Tabakprävention als integrierte Strategie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. unv. Projektantrag. POH: Zürich.*

### **3.4 Grundlagen für die aktive Verbreitung: Sozialmarketing und Interventionsforschung**

*Susanne Hoffmann*

#### **4 Interventionsdesign im Überblick**

*Friedrich, V., Brügger, A., & Hoffmann, S. (2009). Evaluationsbericht. Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Konzept und Ergebnisse der Evaluation. unv. Evaluationsbericht. POH: Zürich.*

#### **5 Projektevaluation**

*Friedrich, V., Brügger, A., & Hoffmann, S. (2009). Evaluationsbericht. Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Konzept und Ergebnisse der Evaluation. unv. Evaluationsbericht. POH: Zürich.*

#### **6 Diskussion und Schlussfolgerung**

*Lehmann, K., & Bauer, G. F. (2009). Schlussbericht. Tabakprävention als integrierte Strategie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Konzept und Ergebnisse der Evaluation. unv. Projektbericht. POH: Zürich.*