

I N T E R F A C E

EVALUATION „GEMEINDEORIENTIERTE TABAKPRÄVENTION“

Luzern, den 22. März 2010

Cornelia Furrer (Projektleitung)
furrer@interface-politikstudien.ch

Manuela Oetterli (Projektmitarbeit)
oetterli@interface-politikstudien.ch

Nora Wight (Projektmitarbeit)
wight@interface-politikstudien.ch

PD Dr. Andreas Balthasar (Qualitätssicherung)
balthasar@interface-politikstudien.ch

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG: ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN	3
1 EINLEITUNG	12
1.1 Wirkungsmodell und Fragestellungen	12
1.2 Methodisches Vorgehen	13
1.3 Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation	14
1.4 Aufbau des Berichts	15
1.5 Dank	15
2 RESULTATE ZU KONZEPT UND ORGANISATION	16
2.1 Nationale, kantonale und kommunale Ziele	16
2.2 Auswahl der Pilotgemeinden	19
2.3 Kooperationen	21
2.4 Aufbau von kommunalen Strukturen	26
3 RESULTATE ZU DEN MASSNAHMEN	31
3.1 Massnahmen auf nationaler Ebene	31
3.2 Massnahmen auf kantonaler/regionaler Ebene	32
3.3 Massnahmen auf kommunaler Ebene	32
3.4 Fazit zu den Massnahmen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene	36
4 RESULTATE ZUM OUTCOME UND IMPACT	37
4.1 Erwartungen und Nutzen des Projekts	37
4.2 Akzeptanz des Massnahmenplans	37
4.3 Wirkung bezüglich Vernetzung	38
4.4 Wirkung der Massnahmen	39
4.5 Förderliche/hemmende Faktoren	39
4.6 Fazit zum Outcome und Impact	41
IMPRESSUM	42

ZUSAMMENFASSUNG: ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN

Das Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention RADIX hat mit Unterstützung des Tabakpräventionsfonds das Pilotprojekt „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ lanciert. Nebst RADIX umfasst die Trägerschaft die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz sowie verschiedene kantonale Tabakfachorganisationen (Berner Gesundheit, CIPRET – Freiburg, CIPRET – Vaud, Züri Rauchfrei). Das Pilotprojekt wird in 15 Gemeinden¹ in den Kantonen Bern, Zürich, Freiburg und Waadt umgesetzt und dauert vom 1. Januar 2008 bis 30. Juni 2010. Es verfolgt einen settingorientierten Ansatz mit vier Zielen:²

- *Ziel 1:* Die Tabakprävention der Pilotgemeinden, der Pilotkantone und des Bundes sind kohärent.
- *Ziel 2:* Die Führungsrolle bei der Entwicklung und Umsetzung des kommunalen Massnahmenplans in den Pilotgemeinden liegt bei der kommunalen Exekutive.
- *Ziel 3:* Der in den Pilotgemeinden umgesetzte Massnahmenplan Tabakprävention stärkt die Verhaltens- und insbesondere die kommunale Verhältnisprävention und berücksichtigt die aktuellen gesetzlichen Voraussetzungen in den Pilotkantonen und die nationale Tabakpräventionsstrategie.
- *Ziel 4:* Praxiserprobte, breit abgestützte Grundlagen für eine gemeindeorientierte Tabakprävention stehen am 30. Juni 2010 zur Verfügung.

Die vorliegende Evaluation verfolgt erstens das Ziel, Aussagen darüber zu machen, wie und wie gut das Projekt umgesetzt werden konnte. Zweitens sollen Faktoren herausgearbeitet werden, welche die Projektumsetzung fördern beziehungsweise hemmen. Drittens soll die Evaluation die oben aufgeführten Ziele 1 bis 3 überprüfen. Zu diesem Zweck wurden zwölf Fragestellungen formuliert, die *im Sinne einer Zusammenfassung* beantwortet werden. Anschliessend werden Empfehlungen für die Entwicklung einer Handlungsanleitung für weitere Kantone und Gemeinden dargelegt. Da die Evaluation bereits kurz nach Start des Pilotprojekts durchgeführt worden ist, kann sie erst wenige Aussagen zu den Massnahmen und Wirkungen der gemeindeorientierten Tabakprävention machen. Ihre Erkenntnisse liegen vorwiegend auf den Ebenen Konzept und Organisation.

BEANTWORTUNG DER EVALUATIONSFRAGEN

Die Evaluationsfragen beziehen sich auf die Ebene des Konzepts (Frage A1), der Organisation (Fragen B1 und B2), der Massnahmen (Fragen C1 bis C3) sowie der Wirkungen (Fragen D1 bis D5 und E1). Die Antworten basieren auf einer Dokumentenanalyse,

¹ Kanton Zürich: Andelfingen, Bülach, Dürnten, Uetikon; Kanton Bern: Langenthal, Schüpfen, Steffisburg, Zollikofen; Kanton Fribourg: Attalens, Corminboeuf, Schmitten, Tavers; Kanton Waadt: Gland, Morges, Rolle.

² Frei, Rainer; Jordi, Christian (2007): Gesuch um Präventionsprojektfinanzierung durch den Tabakpräventionsfonds. Pilotprojekt „Gemeindeorientierte Tabakprävention“. Zürich: RADIX Gesundheitsförderung.

telefonischen Interviews mit den Fachberatenden der vier kantonalen Tabakfachstellen, den Selbstevaluationen der Fachberatenden der Tabakfachstellen der Kantone Bern, Freiburg und Waadt sowie der vier regionalen Fachberatenden der Suchtpräventionsstellen des Kantons Zürich vom Juni 2009, auf den Fallstudien zu zwei Pilotgemeinden sowie telefonischen Kurzinterviews mit drei Pilotgemeinden.

Konzept

A1 Kommunale Massnahmenpläne: Ist eine Passung der nationalen, kantonalen sowie kommunalen Tabakprävention („konzertierte Tabakprävention“) gelungen und erkennbar? Wie äussert sie sich?

Die im Pilotprojekt „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ vorgesehenen sechs Massnahmenbereiche stützen sich massgeblich auf die Ziele und Vorgaben der nationalen Tabakstrategie. Die Pilotgemeinden haben diese Massnahmenbereiche in ihren Massnahmenplänen mehrheitlich berücksichtigt. Drei Kantone verfügen über kantonale Tabakpräventionsstrategien, welche gemäss Aussage der kantonalen Tabakfachstellen ebenfalls auf die nationale Strategie abgestimmt sind. Die kommunalen Massnahmenpläne des Pilotprojekts unterstützen ihrer Ansicht nach die kantonalen Bestrebungen. Die konkreten Massnahmen in den Pilotgemeinden werden in der Antwort zur Fragestellung C2 ausgeführt.

Vermindert wird die „Passung“ durch das „Timing“ der Massnahmen auf den verschiedenen staatlichen Ebenen: Die Suche nach Gemeinden für das Pilotprojekt gestaltete sich unter anderem deshalb als sehr aufwändig, weil viele Gemeinden die Einführung der gesetzgeberischen Massnahme auf nationaler und kantonaler Ebene abwarten wollten. Trotz der schwierigen Ausgangssituation kann der Schluss gezogen werden, dass sich das Pilotprojekt gut in die „konzertierte Tabakprävention“ einfügt.

Organisation

B1 Organisation Gesamtprojekt: Wie hat sich die Kooperation zwischen RADIX, den kantonalen und/oder lokalen Fachstellen sowie den Gemeinden bewährt? Wie wurde die Auswahl der Pilotgemeinden organisiert? Welche Kriterien konnten in welchem Ausmass berücksichtigt werden? Welchen Einfluss hatten die in den Gemeinden bereits vorhandenen Strukturen respektive engagierten Personen auf den Entscheid zur Teilnahme einer Gemeinde?

Kooperationen ergaben sich zwischen RADIX und den Fachstellen einerseits, zwischen den Fachstellen und den Gemeinden andererseits. Diese haben sich grundsätzlich bewährt: Insbesondere die Gemeinden waren stark auf die Unterstützung durch die kantonalen beziehungsweise regionalen Fachstellen angewiesen. Aber auch die Fachberater/-innen haben in ihrer Mehrheit von den inhaltlichen Leistungen von RADIX profitiert. Eine direkte Zusammenarbeit zwischen RADIX und den Gemeinden fand nur punktuell statt und war auch nicht vorgesehen.

Die Akquisition der Pilotgemeinden wurde von den kantonalen beziehungsweise regionalen (Tabak-)Präventionsfachstellen durchgeführt. Dieses Vorgehen hat sich bewährt, da zwischen diesen Fachstellen und den Gemeinden zum Teil schon vorher Kontakte bestanden hatten. Die Auswahlkriterien (unterschiedliche Gemeindegrösse, Gemeinden

mit und ohne bestehende Präventionsstrukturen, Gemeinden aus der Deutschschweiz und der Romandie) konnten gut berücksichtigt werden.

In drei der vier Kantone ist es jedoch nur mit grösstem Aufwand gelungen, eine ausreichende Anzahl Gemeinden für das Pilotprojekt zu motivieren. Grund war erstens, dass das Thema Tabakprävention in den Gemeinden nicht prioritär war. Zweitens scheuten sich viele Gemeinden vor dem erwarteten hohen Aufwand, und drittens wollten viele Gemeinden die gesetzlichen Neuerungen auf kantonaler und nationaler Ebene abwarten. Ob eine Gemeinde schliesslich mitmachte oder nicht, hing insbesondere von bereits bestehenden Kontakten mit den zuständigen Fachstellen und deren Überzeugungskunst sowie vom Engagement und Interesse der zuständigen Exekutivmitglieder ab, nicht jedoch von bereits vorhandenen kommunalen Präventionsstrukturen. Entscheidend war zudem, ob die Fachberater/-innen den Gemeinden aufzeigen konnten, dass die im Pilotprojekt aufgebauten Präventionsstrukturen zu einem späteren Zeitpunkt auch für weitere Themen genutzt werden können.

B2 Ebene der kommunalen Projekte: Konnten in den Gemeinden die erforderlichen Strukturen aufgebaut werden? Wurde die Führung in der Gemeinde wie geplant von der Exekutive wahrgenommen? Wie sieht das konkret aus? Spielt es für die Organisation des Projekts in einer Gemeinde eine Rolle, ob dort hinsichtlich Prävention bereits eine Struktur (wie Präventionsarbeitsgruppe, beauftragte Person für Prävention usw.) vorhanden war?

Bis Mitte Juni 2009 lag in 14 der 15 Pilotgemeinden ein formeller Auftrag vor. Von diesen 14 hatten elf Gemeinden eine Projektgruppe eingesetzt und eine Situationsanalyse durchgeführt. In insgesamt neun Gemeinden lagen Massnahmenpläne vor, und in fünf Gemeinden befanden sich diese bereits in Umsetzung.

Die formelle Projektleitung wird in 13 Gemeinden von einem Exekutivmitglied wahrgenommen. Die Funktion der Exekutivmitglieder besteht primär darin, dem Projekt ein offizielles Gesicht zu verleihen und die Verbindung zum Gemeinderat sicherzustellen. Sie werden in Bezug auf die Prozessführung von den externen Fachberatern unterstützt.

Man kann davon ausgehen, dass es in Gemeinden mit bestehenden Strukturen leichter gefallen ist, das Projekt zu implementieren als in Gemeinden, in welchen die Strukturen zuerst aufgebaut werden mussten. Zudem zeigte sich, dass in denjenigen beiden Gemeinden, in welchen das Projekt abgebrochen beziehungsweise verschoben worden ist, vorgängig keine entsprechenden Strukturen bestanden hatten.

Die Projektdauer von eineinhalb Jahren wurde von den Befragten tendenziell als zu kurz beurteilt. Sie reicht für die Entwicklung von Strukturen und Massnahmen, nicht aber für deren Umsetzung.

Massnahmen

C1 Aktivitäten des Gesamtprojekts: Welche Leistungen wurden auf der Ebene des Gesamtprojekts erbracht, um die Aktivitäten der beteiligten Gemeinden zu unterstützen? Haben sich diese bewährt?

Auf der Ebene des Gesamtprojekts wurden von RADIX verschiedene Leistungen erbracht. Diese wurden von den kantonalen/regionalen Fachberatenden wie folgt beschrieben: Durchführung von ERFA-Treffen, methodische Unterstützung der Fachberater/-innen, Formulierung von Projektvorgaben und Dokumenten sowie punktuelle Unterstützung nach Bedarf. Die Unterstützung erfolgte somit primär auf der Ebene der Kantone. Die Fachberater/-innen haben diese Unterstützung mehrheitlich positiv beurteilt.

C2 Ebene der kommunalen Projekte: Welche konkreten Massnahmen wurden in den Gemeinden umgesetzt? In welchen Gemeinden? Wie wurden diese umgesetzt? Mit welcher Akzeptanz? Wer war verantwortlich respektive tatsächlich beteiligt? Welches waren die Ziel- respektive Anspruchsgruppen? Sind es verhaltens- oder/und verhältnisorientierte Massnahmen?

In den Gemeinden wurden sowohl verhaltens- wie auch verhältnisorientierte Massnahmen geplant:

- Im Bereich „Einschränkung/Erhältlichkeit von Tabakwaren“ wurden Schwerpunkte bezüglich der Umrüstung von Tabakverkaufsautomaten, Testkäufen sowie Massnahmen zum Jugendschutz gesetzt (Zielgruppe Gastronomie, Verkaufspersonal, Veranstalter).
- Im Bereich „Schutz vor Passivrauchen“ wurden insbesondere Massnahmen zur Schaffung rauchfreier Gemeindeverwaltungen und Schularealen entwickelt (Zielgruppe Gemeindeangestellte, Schüler, Eltern).
- Im Bereich „Nichtrauchen als gesellschaftliche Norm“ wurden verschiedene Massnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit, aber auch Massnahmen zur Entwicklung eines gemeinsamen Präventionsverständnisses in der Gemeinde entwickelt (Zielgruppe breite Bevölkerung).
- Im Bereich „Unterstützung beim Nicht-Einstieg“ wurden Massnahmen für die Zielgruppen Vereine, Schulen und Betriebe entwickelt.
- Im Bereich „Unterstützung beim Ausstieg“ wurden insbesondere Massnahmen für die Zielgruppen Betriebe und Gemeindeverwaltungen entwickelt.
- Im Bereich „Einschränkung/Verbot von Werbung für Tabakprodukte“ sieht jedoch keine Gemeinde Massnahmen vor, da dieser Bereich in drei der vier teilnehmenden Kantone bereits gesetzlich geregelt ist.

Umgesetzt werden die Massnahmen mehrheitlich von den Mitgliedern der Projektgruppe, in Einzelfällen aber auch unter massgeblicher Beteiligung der kantonalen Fachberater/-innen (insbesondere im Kanton VD). Da erst vereinzelt Massnahmen umgesetzt sind, können bezüglich der Akzeptanz noch keine vertieften Aussagen gemacht werden. Insgesamt werden die Projekte aber von den zuständigen Exekutivmitgliedern ideell mitgetragen, und die (wenigen) bisher umgesetzten Massnahmen stiessen bei den Zielgruppen nach Ansicht der Befragten grossmehrheitlich auf Akzeptanz.

C3 Typisierung kommunale Massnahmen: Welche Umsetzungsmodelle lassen sich erkennen? Lässt sich eine Typologie der Gemeinden ableiten? Lassen sich kantonsspezifische Umsetzungen in den Gemeinden erkennen und welches sind die Ursachen dafür?

Vorgängig muss festgehalten werden, dass bis Mitte 2009 viele Massnahmen geplant, jedoch erst wenige umgesetzt worden sind. Auf Planungsstufe lassen sich aber zwei Umsetzungsmodelle unterscheiden:

- Ein erstes „Modell“, welches in zwei Gemeinden zur Anwendung kommt, sieht die Entwicklung eines umfassenden Konzepts beziehungsweise einer Charta zum Thema Tabakprävention vor. Innerhalb dieses Konzepts werden Massnahmen umgesetzt.
- Das zweite „Modell“, welches von der Mehrheit der Gemeinden gewählt worden ist, beinhaltet eine Sammlung von Einzelprojekten, welche ein grosses Themenspektrum abdecken.

Zudem sieht man kantonsspezifische Themenschwerpunkte, welche von den kantonalen (gesetzlichen) Rahmenbedingungen sowie von den externen Fachberatenden mit beeinflusst worden sind. In einzelnen Gemeinden wurden im Rahmen des Pilotprojekts zudem Massnahmen umgesetzt, welche bereits vor Projektstart bestanden hatten. Das Pilotprojekt diente in diesen Fällen als Katalysator beziehungsweise der Legitimierung der Aktivitäten. Hier stellt sich die Frage nach möglichen Mitnahmeeffekten.

Outcome

D1 Ebene der kommunalen Projekte: Konnten das Agendasetting, der Strukturaufbau und der Beschluss des Massnahmenplans umgesetzt werden? Welches waren die hinderlichen und förderlichen Faktoren dabei (Prozess- und Strukturebene)? Konnten in den Pilotgemeinden mehrheitsfähige Massnahmenpakete respektive einzelne Massnahmen verabschiedet werden? Wie ist die Akzeptanz der Strukturen, Prozesse und Massnahmen in der Bevölkerung?

Wie bereits weiter oben aufgezeigt, konnten bis Mitte 2009 in neun Gemeinden alle strukturellen Elemente (Agendasetting, Strukturaufbau und Erarbeitung Massnahmenplan) umgesetzt werden. Zu den förderlichen Faktoren für den Aufbau der strukturellen Elemente zählt in erster Linie das Engagement der zuständigen Exekutivmitglieder sowie der Projektgruppe. Ein weiterer Erfolgsfaktor bildet die Unterstützung des Projekts durch eine externe Fachberaterin/einen externen Fachberater, die/der den Prozess vorantreibt.

Der Prozess, der Massnahmenplan sowie die einzelnen Massnahmen wurden aus Sicht der regionalen/kantonalen Fachberater/-innen von der Politik gut akzeptiert; wohl auch deshalb, weil das von RADIX geforderte Vorgehen erstens ein politisches Commitment verlangte und zweitens der Massnahmenplan in einem partizipativen Prozess erarbeitet wurde. Wie gross die Akzeptanz in der Gemeindebevölkerung ist, kann aufgrund des frühen Zeitpunkts der Evaluation nicht beurteilt werden.

D2 Ebene der kommunalen Projekte: Hat eine Vernetzung mit den lokalen, kantonalen und nationalen Akteuren stattgefunden? Wer sind diese? Gab es weitere Partner? Wie

sieht diese Vernetzung konkret aus? Wie war das organisiert? Welche Ressourcen waren vorhanden? Was ist der jeweilige Nutzen? Wo liegen die Schwierigkeiten?

Es haben sich gute Kooperationen zwischen RADIX und den kantonalen/regionalen Fachstellen einerseits sowie zwischen diesen Fachstellen und den Gemeinden andererseits ergeben. Eine eigentliche Vernetzung zwischen den Akteuren hat jedoch in erster Linie innerhalb der Gemeinden stattgefunden. Dies wird von den regionalen/kantonalen Fachberatern auch als ein wichtiger Nutzen des Pilotprojekts erwähnt. Gerade in Gemeinden, in welchen vorher noch keine Präventionsstrukturen bestanden haben, haben sich neue Kooperationen zum Beispiel mit Betrieben, der Gastronomie oder den Vereinen ergeben. Diese Kooperationen kamen entweder durch die Mitarbeit in der Projektgruppe oder durch die Zusammenarbeit im Rahmen einer Massnahmenumsetzung zustande.

Es zeigte sich aber auch, dass gerade diese drei Interessengruppen schwierig in die Projektgruppe einzubeziehen waren: Betriebe und Gaststätten sind oftmals in eher konservativ orientierten Gewerbevereinen organisiert und deshalb wenig für das Thema Tabakprävention sensibilisiert. Bei den Vereinen besteht die Schwierigkeit, dass diese das Thema Tabak nicht als dringlich erachten, die ehrenamtlich tätigen Vorstandsmitglieder bereits mit Vereinsaufgaben überlastet sind oder die Vereine, gerade in kleineren Gemeinden, regional organisiert sind und die Vorstandsmitglieder deshalb nicht in der Gemeinde wohnen.

Finanzielle Ressourcen wurden in den Gemeinden mit entsprechenden Angaben in der Grössenordnung von rund 5'000 Franken pro Jahr gesprochen. Zu formellen personellen Ressourcen sind wenige Angaben vorhanden; die Fallstudien zeigen jedoch, dass die Mitglieder der Projektgruppe, die bei der Gemeinde angestellt sind, Projektarbeit während ihrer regulären Arbeitszeit verrichten können. Die Mehrheit der Befragten ist zudem der Ansicht, dass die Verfügbarkeit von personellen Ressourcen ein weit bedeutenderer Erfolgsfaktor darstellt als das Vorhandensein eines grossen finanziellen Budgets.

D3 Ebene der kommunalen Projekte: Entsprechen die Ziele des Massnahmenplans Tabakprävention der Pilotgemeinden den Zielsetzungen der nationalen Tabakpräventionsstrategie und der Präventionsstrategie des jeweiligen Pilotkantons?

Diese Frage wurde bereits weiter oben beantwortet (vgl. Antwort zu Fragestellung A1).

D4 Ebene des Gesamtprojekts: Welche übergeordneten Erkenntnisse können aus den Erfahrungen der Pilotgemeinden gewonnen werden? Zeichnen sich im Vergleich der Gemeinden Muster ab? Unter welchen Bedingungen gelingt die Erarbeitung mehrheitsfähiger Lösungen? Ist es möglich, eine Handlungsanleitung für Kantone und Gemeinden mit generalisierbaren Erkenntnissen bezüglich der Entwicklung und Umsetzung kommunaler Massnahmepläne Tabakprävention zu entwickeln? Gibt es förderliche und hinderliche Faktoren?

Aufgrund der Erkenntnisse aus den 15 Pilotgemeinden lässt sich feststellen, dass sich das mehrstufige Vorgehen, ausgehend vom formellen Beschluss des Gemeinderats über

die Situationsanalyse, die Projektgruppenbildung und die Erstellung des Massnahmenplans grundsätzlich bewährt hat. Insbesondere die erste Stufe des formellen Beschlusses hat den Projekten eine stabile Grundlage verliehen, so dass die Projekte in der Mehrheit der Gemeinden umgesetzt werden. Einzelne Befragte sowohl aus den Gemeinden als auch der Fachstellen empfanden den gemeindeorientierten Ansatz jedoch als sehr aufwändig und hätten ein weniger umfassendes Vorgehen mit direkt umsetzbaren Massnahmenmodulen bevorzugt.

Bei der Analyse der Massnahmenpläne zeichnen sich nur vereinzelt Muster ab. Im Kanton Waadt zum Beispiel wurde der Schwerpunkt in den Pilotgemeinden auf die rauchfreie Verwaltung gelegt, dies vor dem Hintergrund der Einführung eines entsprechenden kantonalen Gesetzes. Im Kanton Bern wiederum haben zwei Gemeinden, welche mit dem policyorientierten Ansatz bereits vertraut waren, ein Schwergewicht auf die Erarbeitung eines gemeinsamen Präventionsverständnisses gelegt.

Die vorliegende Evaluation liefert insbesondere Erkenntnisse konzeptioneller und organisatorischer Art, welche in eine Handlungsanleitung für Kantone und Gemeinden einfließen können. Als förderliche Faktoren für die Erarbeitung mehrheitsfähiger Lösungen beziehungsweise den Projekterfolg insgesamt beurteilten die kantonalen/regionalen Fachberater/-innen die Motivation und das Engagement der politischen Vertretung sowie der Projektgruppe. Zudem ist aus Sicht aller Befragten die Begleitung der Gemeinden durch eine externe Fachberatung zentral für den Projekterfolg. Als wichtigster hinderlicher Faktor wurde das Thema Tabak genannt, welches für die Gemeinden im Gegensatz zu Themen wie Vandalismus, Alkohol oder Littering untergeordnete Priorität hat.

D5 Ebene des Gesamtprojekts: Sind praxiserprobte Grundlagen für eine gemeindeorientierte Tabakprävention verfügbar? Welche Leistungen des Gesamtprojekts haben sich bewährt, welche nicht? Welche Faktoren müssen bei der Auswahl weiterer Gemeinden besonderes berücksichtigt werden?

Aufgrund des frühen Zeitpunkts der Evaluation stehen erst wenige praxiserprobte Grundlagen bereit. Insbesondere fehlen noch geeignete Massnahmenbeispiele, welche von anderen Gemeinden übernommen werden könnten. Die vorliegende Evaluation liefert jedoch wichtige Erkenntnisse bezüglich dem erfolgreichen Aufbau der von RADIX geforderten strukturellen Elemente (Agendasetting, Situationsanalyse, Massnahmenplan). Diese Leistungen des Gesamtprojekts haben sich grundsätzlich bewährt. Ein entscheidender Erfolgsfaktor bildete zudem die Unterstützung der Gemeinden durch die kantonalen und regionalen (Tabak-)Präventionsfachstellen. Ausgehend von den Erfahrungen bei der Akquisition der 15 Pilotgemeinden wird es jedoch sehr schwierig sein, das vorliegende Konzept auf weitere Gemeinden auszudehnen. Für eine erfolgreiche Ausweitung sind deshalb grundsätzliche konzeptionelle Anpassungen nötig.

Impact

E1 Ebene der kommunalen Projekte: Welche Präventions- und Interventionsmassnahmen konnten eingeführt werden und wie ist deren Nutzen einzuschätzen? Können kurz-, mittel- oder langfristige Wirkungen aus den umgesetzten Massnahmen festge-

stellt oder zumindest angenommen werden? Gibt es subjektive Nutzenwahrnehmungen? Können nicht geplante, erwünschte oder nicht erwünschte Nebeneffekte festgestellt werden?

Bisher konnten erst vereinzelte Präventionsmassnahmen umgesetzt werden, wie zum Beispiel die Durchsetzung eines Rauchverbots in den Gebäuden der Gemeindeverwaltung der Fallstudiengemeinde in der Romandie. Es können deshalb noch keine weitergehenden Aussagen zu Wirkungen, Nutzenwahrnehmungen oder Nebeneffekten festgestellt werden. Es ist jedoch sinnvoll, die Aktivitäten in den Pilotgemeinden weiterzuverfolgen. Erfolgreiche Massnahmen sollen aufbereitet werden, um sie anderen Gemeinden für eine „Multiplikation“ zugänglich zu machen.

EMPFEHLUNGEN

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass das Pilotprojekt „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ erfolgreich gestartet ist. Bis Mitte 2009 hat mehr als die Hälfte der 15 Gemeinden Massnahmenpläne erarbeitet. Das mehrstufige konzeptionelle Vorgehen des Pilotprojekts, ausgehend vom formellen Beschluss des Gemeinderats über die Situationsanalyse, die Projektgruppenbildung unter der Leitung eines Exekutivmitglieds sowie die Erstellung des Massnahmenplans, hat sich in den Pilotgemeinden bewährt. Insbesondere der formelle Beschluss hat den Projekten eine stabile Grundlage verliehen.

Die Akquisition der Pilotgemeinden gestaltete sich jedoch in drei Kantonen äusserst aufwändig. Dafür waren vor allem zwei Gründe ausschlaggebend, welche grundlegende Fragen zur Ausrichtung des Projekts aufwerfen: Erstens wurde das Thema Tabak von den Gemeinden nicht als prioritäres Handlungsfeld wahrgenommen. Zweitens schreckte der gemeindeorientierte Ansatz aufgrund des damit verbundenen Aufwands viele Gemeinderatsmitglieder ab.

Im Hinblick auf eine mögliche Ausweitung des Pilotprojekts auf weitere Gemeinden formulieren wir folgende vier Empfehlungen:

Empfehlung 1: Tabakpräventionsprojekt mit konzeptionellen Anpassungen auf weitere Gemeinden ausdehnen

Aus gesundheitspolitischer Sicht behält das Thema Tabakprävention auf kommunaler Ebene auch nach Einführung von neuen gesetzlichen Bestimmungen auf kantonaler und nationaler Ebene seine Wichtigkeit. Aus diesem Grund erachten wir es als sinnvoll, das Projekt weiterzuverfolgen und auf andere Gemeinden auszudehnen. Damit die Akquisition von weiteren Gemeinden gelingt, sind zwei Vorgehensweisen vorstellbar:

- A *Inhaltlich öffnen:* Soll der umfassende gemeindeorientierte „Bottom-Up“ Ansatz beibehalten werden, so muss sich das Projekt inhaltlich öffnen und weitere Präventionsthemen wie zum Beispiel Vandalismus, Alkohol oder Littering integrieren. Auf diese Weise können Gemeinden bei denjenigen Themen abgeholt werden, welche ihnen „unter den Nägeln brennen“. Die Implikation einer solchen thematischen Öffnung bezüglich der Finanzierung durch den Tabakpräventionsfonds muss dabei genauer abgeklärt werden.

B *Methodisch vereinfachen:* Soll das Projekt weiterhin das Thema Tabakprävention fokussieren, so empfiehlt sich eine methodisch vereinfachte „Top-Down“ Vorgehensweise. Die Gemeinden müssen einen „schlankeren“ Ansatz wählen können, welcher ihnen fertig konzipierte Massnahmenmodule direkt zur Umsetzung bereit stellt (vgl. Empfehlung 2). Auf diese Weise können auch Gemeinden für eine Teilnahme gewonnen werden, welche grundsätzlich aktiv wären, aber keinen allzu grossen Aufwand betreiben möchten oder können. Dabei muss man sich jedoch bewusst sein, dass isoliert umgesetzt Massnahmen insbesondere in Gemeinden ohne entsprechende Präventionsstrukturen nur eine beschränkt nachhaltige Wirkung entfalten können.

Empfehlung 2: Konkrete inhaltliche Massnahmenvorschläge und Handlungsanleitungen erarbeiten

Im Rahmen des Pilotprojekts wurden bisher viele Erfahrungen bezüglich der Umsetzung einer „gemeindeorientierten Tabakprävention“ gesammelt.³ Weitere Erfahrungen kommen nun in den Pilotgemeinden mit der anstehenden Umsetzung von konkreten inhaltlichen Massnahmen hinzu. Es empfiehlt sich, diese Erfahrungen den Zielgruppen Gemeinden und Kantone in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen. Insbesondere sollen erfolgreiche Massnahmenmodule „pfannenfertig“ aufbereitet und interessierten Gemeinden für die direkte Umsetzung übergeben werden.

Empfehlung 3: Formelle Zustimmung des Gemeinderates und externe Fachbegleitung beibehalten

Im Pilotprojekt kristallisierten sich insbesondere zwei Erfolgsfaktoren heraus: Das Vorliegen einer formellen Zustimmung des Gemeinderates für die Projektteilnahme sowie die methodische Begleitung der Gemeinden durch eine externe Fachberatung. Wir empfehlen, diese beiden Elemente bei einer allfälligen Projektausweitung beizubehalten, um den Projekten die nötige Stabilität zu verleihen und sie voranzutreiben.

Empfehlung 4: Die Verantwortlichen auf kommunaler Ebene für die Nachhaltigkeit von Präventionsmassnahmen sensibilisieren

Die Erfahrung aus anderen Programmen zeigt, dass frühzeitig Massnahmen eingeleitet werden müssen, um die nachhaltige Verankerung von Präventionsthemen auch nach Projektabschluss sicherzustellen. Mögliche Massnahmen sind zum Beispiel die Erstellung eines Pflichtenhefts für den Gemeinderat oder die Verabschiedung eines Präventionsbudgets. Dabei sind auch kommunale Rahmenbedingungen, wie die Legislaturplanung oder Budgetprozesse zu berücksichtigen. Es scheint uns zentral, die verantwortlichen Akteure auf kommunaler Ebene für die Langfristigkeit von Präventionsaktivitäten zu sensibilisieren.

³ Vgl. auch: Econcept (2006): Zur Wirksamkeit des Gemeindeansatzes in der Prävention von Sucht- und Drogenproblemen. Zürich; sowie Bundesamt für Gesundheit (2007): 10 Jahre Gesundheit und Umwelt – Erfahrungen. Bern.

I EINLEITUNG

In diesem einleitenden Kapitel 1 werden das Modell mit den Evaluationsfragestellungen (Abschnitt 1.1) sowie die methodische Vorgehensweise (Abschnitt 1.2) erläutert, die der Evaluation „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ zugrunde liegen. Weiter werden die Möglichkeiten und Grenzen der vorliegenden Evaluation aufgezeigt (Abschnitt 1.3). Zudem wird der Berichtsaufbau skizziert (Abschnitt 1.4) und den an der Evaluation Beteiligten gedankt (Abschnitt 1.5).

I.1 WIRKUNGSMODELL UND FRAGESTELLUNGEN

Das Wirkungsmodell, auf welches sich die vorliegende Evaluation stützt, beruht auf dem „Modell des Politzyklus“⁴ sowie auf dem „Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“⁵ von Gesundheitsförderung Schweiz. Darstellung D 1.1 zeigt auf, dass das Wirkungsmodell zwischen der nationalen Ebene des Gesamtprojekts und der Ebene der Projekte in den ausgewählten Gemeinden unterscheidet. Gesundheitsfördernde Wirkungen werden auf kommunaler Ebene erwartet; und basierend auf den Erfahrungen der Pilotgemeinden soll eine Handlungsanleitung für weitere Kantone und Gemeinden entwickelt werden. Diese wird die wichtigsten Erkenntnisse des Pilotprojekts in Bezug auf die Entwicklung und Umsetzung eines kommunalen Massnahmeplans Tabakprävention beinhalten.

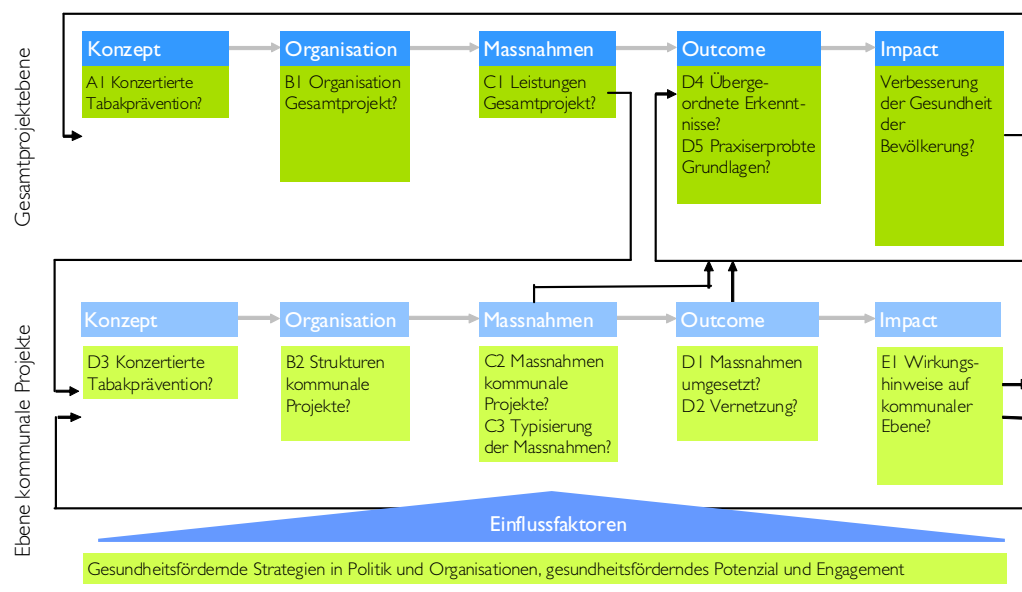
Das Modell bildet die verschiedenen Wirkungsebenen des Projekts „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ ab. Für jede Ebene wurden entsprechende Fragestellungen, welche die Evaluation beantworten soll, formuliert: Auf der Ebene des *Konzepts* stellt sich die Frage, ob eine „konzertierte Tabakprävention“ zwischen der nationalen, kantonalen/regionalen und kommunalen Ebene erreicht worden ist.⁶ Auf der Ebene der *Organisation* stellen sich Fragen zu den Kooperationen und zum Aufbau von kommunalen Strukturen. Auf der Ebene der *Massnahmen* werden Fragen nach konkreten Aktivitäten auf der nationalen, kantonalen/regionalen sowie lokalen Ebene gestellt. Auf der Ebene des *Outcomes* interessieren vor allem Fragen zu spezifischen Wirkungen des Projekts in den Gemeinden und den daraus resultierenden Schlussfolgerungen für das Gesamtprojekt. Auf der Ebene des *Impacts* schliesslich wird die Frage nach der übergeordneten Wirkung des Projekts auf die Tabakprävention und die Gesundheit der Bevölkerung auf kommunaler Ebene gestellt. Die detaillierten Fragestellungen sind in der Zusammenfassung am Anfang des Berichts aufgeführt.

⁴ Balthasar, Andreas (2000): „Evaluationssynthesen: Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen.“, in: Leges – Gesetzgebung & Evaluation (1): S. 13–26.

⁵ Vgl. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/knowhow/tools/N107713_Ergebnismodell_de.pdf>, (Zugriff 8.12.2008).

⁶ Vgl. Frei, Rainer; Jordi, Christian (2007): Gesuch um Präventionsprojektfinanzierung durch den Tabakpräventionsfonds. Pilotprojekt „Gemeindeorientierte Tabakprävention“. Zürich: RADIX Gesundheitsförderung, Kapitel I.

D 1.1: WIRKUNGSMODELL DER „GEMEINDEORIENTIERTEN TABAKPRÄVENTION“



I.2 METHODISCHES VORGEHEN

Die Evaluation kombinierte quantitative und qualitative Erhebungsinstrumente und nutzte drei unterschiedliche Datengrundlagen.

Datengrundlage 1: Informationen der Projektsteuergruppe

Erste Datengrundlage der Evaluation bildeten Unterlagen und Informationen der Projektsteuergruppe unter der Leitung von RADIX Gesundheitsförderung. Dazu gehörte erstens eine laufend aktualisierte *Projektdokumentation* der Steuergruppe (kantonale Raster für die Akquisition von Gemeinden, die Selbstevaluation der Projektleitung im Rahmen der Berichterstattung zuhanden des Tabakpräventionsfonds). Zweitens wurden explorative *Gespräche* mit der für die Evaluation zuständigen Delegation der Steuergruppe geführt. Sie dienten unter anderem der Auswahl der Gemeinden für die Fallstudien sowie der Auswahl der zu vertiefenden Bereiche in anderen Gemeinden.

Die Erhebungen ermöglichten die Darstellung der Umsetzung und der Wirkungen der Projekte sowie insbesondere die Identifikation wirkungsfördernder und wirkungshemmender Faktoren. Im weiteren Evaluationsprozess wurden diese Faktoren – in Anlehnung an den Ansatz der Grounded Theory – in kontrastierenden Abklärungen in anderen Gemeinden überprüft. Zu diesem Zweck wurden telefonische Kurzinterviews mit drei Pilotgemeinden sowie ausführliche Gespräche mit den zuständigen Fachberatern der kantonalen Tabakfachorganisationen geführt.

Datengrundlage 2: Dokumente und Selbstevaluation der beteiligten Gemeinden

Die Projektdokumentationen und Selbstevaluationen gaben eine Übersicht über die Art und den Stand der Umsetzung in den Pilotgemeinden. Dazu gehörten „standardisierte Raster“, welche die Umsetzung der Projekte in den Gemeinden dokumentierten. Zu-

dem wurden von den kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatenden im Juni 2009 pro Gemeinde eine *Selbstevaluation* ausgefüllt, die auch Einschätzungen zu den Stärken und Schwächen des Projekts sowie zu den Faktoren, welche den Projektfortschritt gefördert oder gehemmt haben, enthielt.

Datengrundlage 3: Fallstudien

Die Dokumente und Selbstevaluationen erlaubten einen „Blick in die Breite“. Den ergänzenden „Blick in die Tiefe“ lieferten Fallstudien zu zwei ausgewählten Gemeinden. In der Evaluationsforschung haben Fallstudien hohe Akzeptanz erlangt, weil sie einen facettenreichen Einblick in die Zusammenhänge zwischen Förderung und Projekterfolg ermöglichen. Mit diesem Zugang lassen sich Wirkungszusammenhänge identifizieren, welche Strukturen, Prozesse und Ergebnisse verbinden. Mit der Analyse von Fällen wurden die Gesetzmässigkeit des Typischen und nicht das Repräsentative gesucht.

Die Fallauswahl orientierte sich an den Prinzipien des Grounded-Theory-Ansatzes.⁷ Ausgangspunkte der Fallstudien bildeten der Raster der Projektsteuergruppe zur Auswahl der Gemeinden sowie die Selbstevaluationen. Auf dieser Grundlage wurden an einer Sitzung mit der Projektsteuergruppe je eine Gemeinde in der Deutsch- und in der Westschweiz für die Vertiefung ausgewählt und eine Fallstudie erarbeitet. Dabei wurde folgende Methodentriangulation angewendet: Erstens werden mehrere *Expertengespräche* mit Vertretungen der Behörden sowie der kommunalen Projektgruppe geführt. Zweitens werden *verfügbare Dokumente der Fallstudiengemeinden* gesichtet und analysiert. Dazu gehörten die von den Gemeinden im Auftrag der Projektsteuergruppe gesammelten Informationen.⁸ Drittens wurden *nicht-repräsentative Befragungen* bei ausgewählten Personen aus Vereinen respektive der kommunalen Verwaltung durchgeführt.

1.3 MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER EVALUATION

Aufgrund von äusseren Rahmenbedingungen wurde die Evaluation relativ früh im Verlauf des Pilotprojekts durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren die meisten Gemeinden mit dem Projekt erst gestartet, deshalb waren nur wenige Massnahmen umgesetzt. Aus diesem Grund können im vorliegenden Bericht keine weitergehenden Aussagen zur Umsetzung und Wirkung von kommunalen Massnahmen gemacht werden. Die Evaluation kann jedoch Hinweise auf hindernde und fördernde Faktoren beim Aufbau von Präventionsstrukturen in Gemeinden geben und das Potenzial des Pilotprojekts im Hinblick auf eine Ausweitung auf andere Gemeinden aufzeigen. Die Gemeinden wurden einerseits indirekt über die Selbstevaluationen und Befragungen der kantonalen

⁷ Bude, Heinz (2003): Fallrekonstruktion, in: Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Leske + Budrich, Opladen. Strauss, A.; Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim. Dieser sozialwissenschaftliche Ansatz zur systematischen Auswertung qualitativer Daten entwickelt und formuliert typisierende Aussagen und Hypothesen bezüglich des Forschungsgegenstands erst im Prozess der Untersuchung aufgrund der Datenerhebung und der interpretativen Auswertung. Der Zugang erfolgt über einzelne Fälle, die aber in ihrer konkreten Fülle dokumentiert und hinsichtlich ihrer konstruierenden Prinzipien analysiert und interpretiert werden. Mit dem Grounded-Theory-Ansatz wird es möglich, zu praktisch relevanten Erkenntnissen zu gelangen.

⁸ Vgl. RADIX (2008): Evaluation „Gemeindeorientierte Tabakprävention“, Dokument vom 3. September 2008.

und (im Kanton Zürich) regionalen Fachberatenden einbezogen. Andererseits erfolgte der Einbezug direkt, indem umfassende Fallstudien zu zwei Gemeinden erarbeitet und telefonische Kurzinterviews mit drei Gemeindevertreter/-innen geführt wurden.

1.4 AUFBAU DES BERICHTS

Die nachfolgenden Kapitel enthalten die Untersuchungsergebnisse der Evaluation, welche die Grundlage für die Beantwortung der Fragestellungen bilden. Die Abfolge der Kapitel orientiert sich an den Ebenen des Wirkungsmodells des Pilotprojekts: Kapitel 2 beinhaltet die Resultate zu Konzept und Organisation, Kapitel 3 die Resultate zu den Massnahmen und Kapitel 4 die Resultate zu den Wirkungen des Projekts. Innerhalb der einzelnen Kapitel wird zwischen Gesamtprojektebene und Ebene der kommunalen Projekte unterschieden.

1.5 DANK

Wir bedanken uns bei all jenen Personen, die einen Beitrag zur Erarbeitung der vorliegenden Evaluation geleistet haben. Dazu gehören insbesondere

- die Trägerschaft des Pilotprojekts: Die Stiftung RADIX, die Arbeitsgemeinschaft Tabak sowie kantonale Tabakfachorganisationen;
- Fachberater/-innen der kantonalen Tabakfachstellen in den Kantonen Bern, Zürich, Freiburg und Waadt sowie den Fachberater/-innen der regionalen Suchtpräventionsstellen im Kanton Zürich, welche die Selbstevaluationen ausgefüllt, Unterlagen zur Verfügung gestellt oder für ein Interview zur Verfügung gestanden haben;
- die Projektgruppenmitglieder und Akteure in den beiden Fallstudiengemeinden, die sich für ein Gespräch zur Verfügung gestellt haben sowie
- alle Beteiligten in den Pilotgemeinden, welche uns telefonisch Auskunft gegeben haben.

2 RESULTATE ZU KONZEPT UND ORGANISATION

In diesem Kapitel werden die Zielsetzungen des Pilotprojekts (Abschnitt 2.1) und das Auswahlverfahren der Pilotgemeinden dargestellt (Abschnitt 2.2) sowie die entstandenen Kooperationen (Abschnitt 2.3) und Strukturen (Abschnitt 2.4) beschrieben.

2.1 NATIONALE, KANTONALE UND KOMMUNALE ZIELE

Eine wichtige Zielsetzung des Pilotprojekts „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ bildet die beispielhafte Koordination der Tabakprävention auf den Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden im Sinne einer „konzertierten Tabakprävention“. Wir verstehen darunter, dass sich die Zielsetzungen der nationalen, kantonalen und kommunalen Tabakpräventionsstrategie nicht widersprechen und somit auf konzeptioneller Ebene kohärent sind. Ob diese Zielsetzung auf konzeptioneller Ebene erreicht wird, soll im Folgenden untersucht werden. Zu diesem Zweck führen wir jeweils auf, welche Strategie und welche Gesetzgebungen auf den einzelnen Ebenen existieren und prüfen diese auf ihre innere Kohärenz.

2.1.1 NATIONALE EBENE

Die *Strategie* der nationalen Tabakprävention verfolgt insgesamt elf Zielsetzungen, wovon die folgenden sieben Ziele auch auf kantonaler und kommunaler Ebene von Bedeutung sind:⁹

- (1) Im gesellschaftlichen Leben ist Nichtrauchen selbstverständlich.
- (2) Das Wissen über die Schädlichkeit des Tabakkonsums ist erhöht und die Akzeptanz für die Tabakprävention ist in Bevölkerung und Politik gestiegen.
- (3) Die Kantone setzen ihre vielfältigen Bemühungen für eine wirksame Tabakprävention fort.
- (4) Junge Nichtraucher werden darin unterstützt, nicht mit dem Rauchen anzufangen.
- (5) Rauchende werden darin unterstützt mit dem Tabakkonsum aufzuhören.
- (6) Die Akteure der Tabakprävention setzen sich gemeinsam für die Umsetzung des nationalen Tabakprogramms und für die Weiterentwicklung der Tabakprävention in der Schweiz ein.
- (7) Die in der Tabakprävention tätigen Behörden und Institutionen auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene stimmen ihre Tätigkeit bei der Programmumsetzung aufeinander ab und sorgen für einen effizienten Mitteleinsatz und für die Nutzung vorhandener Synergien.

Die nationale *Tabakgesetzgebung* regelt folgende Bereiche:

⁹ Nationales Programm Tabak 2008–2012. Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2008.

- Verbot von Werbung für Tabakprodukte (Bundesgesetz über Radio und Fernsehen vom 24.3.2004). Artikel 10 des Bundesgesetzes verbietet sämtliche Werbung für Tabakwaren (auch für Alkoholika, politische Parteien und religiöse Belange) in Radio- und Fernsehprogrammen.
- Schutz vor Passivrauchen (Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen vom 3.10.2008): Artikel 1 regelt den Schutz vor Passivrauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen. Das Bundesgesetz sieht ausdrücklich vor, dass die Kantone ohne Verletzung von Bundesrecht strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit erlassen dürfen. Geltende kantonale Vorschriften, die strenger sind als das neue Bundesrecht, sind deshalb weiterhin anwendbar.
- Erhältlichkeit von Tabakwaren: Auf Bundesebene existiert kein Verkaufsverbot an Minderjährige. Ein Ziel der nationalen Tabakpräventionsstrategie 2008–2012 lautet jedoch, die WHO-Tabakkonvention, welche ein Verkaufsverbot von Tabakwaren an Minderjährige vorsieht, zu unterzeichnen.

2.1.2 KANTONALE EBENE

Auf kantonaler Ebene existieren die folgenden *Strategien* im Bereich Tabakprävention:

- Kanton Zürich: Das kantonale Massnahmenpaket Tabakprävention 2010–2012, wurde von der Fachstelle für Tabakprävention „Züri rauchfrei“ in Ableitung von der nationalen Tabakpräventionsstrategie und in Zusammenarbeit mit der kantonalen Verwaltung, den kantonalen NGOs und Vertretungen der nationalen Ebene entwickelt.¹⁰ Ziel der Strategie ist es, die bisherigen Arbeiten im Kanton Zürich zur Tabakprävention fortzuführen, zu verstärken und auf die nationalen Aktivitäten abzustimmen. Inhaltlich: (1) Rauchfreiheit als gesellschaftliche Norm, (2) Rauchfreie Lebensbereiche fördern, (3) den Einstieg ins Rauchen verhindern, (4) den Ausstieg aus dem Rauchen fördern.
- Kanton Bern: Gemäss Aussage der kantonalen Fachberaterin der Stiftung Berner Gesundheit, welche im Auftrag der kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion Dienstleistungen im Bereich Gesundheitsförderung koordiniert, existiert keine eigentliche kantonale Tabakpräventionsstrategie. Die Fachstelle stützt sich bei ihrer Arbeit auf die nationale Strategie sowie die kantonale Gesetzgebung.
- Kanton Freiburg: Nach Aussage der Fachstelle Tabakprävention (CIPRET Freiburg) wurde das kantonale Tabakpräventionsprogramm 2009–2013 in Anlehnung an das nationale Präventionsprogramm entwickelt. Inhalt und Zielsetzung dieses Programms entsprechen den internationalen Empfehlungen für umfassende Projekte und sehen sowohl Massnahmen in der Verhaltens- als auch in der Verhältnisprävention vor. Wirkungsziele und Massnahmen sind in folgenden operativen Handlungsbereichen definiert: (1) Information, Sensibilisierung und Koordination, (2) Verhinderung des Einstiegs, (3) Schutz vor Passivrauch, (4) Förderung des Rauchstopps.

¹⁰ Quelle: Züri rauchfrei (2009): Massnahmenpaket Tabakprävention im Kanton Zürich 2010–2012.

- Kanton Waadt: Die Zielsetzungen des kantonalen Tabakpräventionsprogramms 2009–2012 stimmen gemäss CIPRET Waadt mit denjenigen des nationalen Programms überein und sind auch kohärent mit dem Pilotprojekt „Gemeindeorientierte Tabakprävention“.

Auf kantonomer Ebene regelt die *Tabakgesetzgebung* folgende Bereiche:¹¹

- Verkaufseinschränkung von Tabakprodukten für Jugendliche unter 16 Jahren beziehungsweise unter 18 Jahren:¹² In den Kantonen Bern und Waadt sind Tabakprodukte ab 18 Jahren erhältlich, in den Kantonen Zürich und Freiburg ab 16 Jahren.¹³ In allen vier kantonalen Regelungen ist das Verkaufsverbot von Tabakwaren an Automaten mit eingeschlossen. Im Kanton Waadt ist dieses Verbot bereits seit 2007 in Kraft. Der Kanton Zürich führte es im Sommer 2008 und der Kanton Freiburg am 1. Januar 2009 ein. Im Kanton Bern wird das Verkaufsverbot an Automaten Anfang 2010 umgesetzt.
- Einschränkung beziehungsweise Verbot von Werbung für Tabakprodukte: Zusätzlich zur nationalen Ebene sind in drei der vier Kantone Werbeeinschränkungen auf Kantonsebene geregelt.¹⁴ Im Kanton Bern und im Kanton Waadt bestehen seit Januar 2007 respektive Juli 2007 Bestimmungen, welche Werbung für Tabakwaren im öffentlichen Raum und im von dort einsehbaren privaten Raum verbietet. Im Kanton Zürich gilt seit Juli 2008 ein Werbeverbot im öffentlichen Raum. Der Kanton Freiburg kennt keine kantonalen Werbeeinschränkungen für Tabakwaren.
- Schutz vor Passivrauchen: Über die nationale Gesetzgebung hinaus existieren im Bereich Passivrauchen in allen vier Kantonen Regelungen mit dem Gastgewerbe, welche jedoch unterschiedlich weit gehen. Im Kanton Bern gilt ein Schutz vor Passivrauch in allen öffentlichen Gebäuden mit Ausnahme von bedienten Raucherräumen seit Juli 2009. Im Kanton Freiburg darf ab Januar 2010 nur noch in unbedienten Fumoirs geraucht werden. Im Kanton Waadt wurde am 1. September 2009 das Rauchen in allen öffentlichen Räumen, ausser unbedienten Fumoirs verboten und im Kanton Zürich soll ab 1. Mai 2010 das Rauchen nur noch in bedienten Raucherräumen gestattet sein.

2.1.3 KOMMUNALE EBENE

Das Präventionsprojekt „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ gibt den Pilotgemeinden vor, *Strategien* in Form von Massnahmenplänen zu erarbeiten, wobei folgende Massnahmenbereiche zu berücksichtigen sind: (1) Einschränkung Erhältlichkeit beziehungsweise Sichtbarkeit von Tabakwaren, (2) Einschränkung beziehungsweise Verbot von Werbung für Tabakprodukte, (3) Schutz vor Passivrauch, (4) Nichtraucher als gesellschaftliche Norm, (5) Unterstützung beim Nicht-Einstieg sowie (6) Unterstützung beim Ausstieg. Bei der Entwicklung des Pilotprojekts waren die Ziele der nationalen Tabakpräventionsstrategie 2008–2012 gemäss Aussage von RADIX noch nicht öffent-

¹¹ Quelle: Dossier über die Tabakpolitik in den Kantonen und in Europa, BAG, April 2009, <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/03814/05009/index.html?lang=de>.

¹² Vgl. <http://www.ch.ch/private/00045/00051/00648/00650/index.html?lang=de> (15.9.2009).

¹³ Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/03814/03817/> (18.12.2009).

¹⁴ Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/03814/03816/> (18.12.2009).

lich kommuniziert, jedoch in Umrissen bekannt. Die detaillierte Analyse der kommunalen Massnahmenpläne zeigt auf, dass die Gemeinden Zielsetzungen und Massnahmen für alle Bereiche formuliert haben, mit Ausnahme des Bereichs „Einschränkung beziehungsweise Verbot von Werbung für Tabakprodukte“ (vgl. Abschnitt 3.3).

2.1.4 FAZIT ZUR KOHÄRENZ DER STRATEGIEN UND ZIELSETZUNGEN

Die Analyse der vorhandenen Strategien und Gesetzgebungen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene zeigt, dass die Kohärenz in der Tabakprävention grundsätzlich gegeben ist und die Tabakprävention grossmehrheitlich konzertiert erfolgt. Die Massnahmenbereiche des Pilotprojekts „Gemeindeorientierte Tabakprävention“ stimmen zudem mit den Zielsetzungen auf nationaler Ebene überein und leisten einen Beitrag dazu, die nationalen Ziele auf kommunaler Ebene umzusetzen.

2.2 AUSWAHL DER PILOTGEMEINDEN

Die Pilotgemeinden wurden in den Kantonen Bern, Zürich, Freiburg und Waadt rekrutiert. Im Folgenden wird auf das Auswahlverfahren eingegangen.

2.2.1 AUSWAHLKRITERIEN

Die nationale Leitung des Pilotprojekts legte Kriterien fest, nach welchen die Pilotgemeinden für ihre Teilnahme am Projekt ausgewählt wurden. Sie lauteten:¹⁵

- Unterschiedliche Gemeindegrösse: Gemeinde hat entweder zwischen 3'000 und 10'000 Einwohner/-innen oder sie hat mehr als 10'000 Einwohner/-innen.
- Unterschiedliche strukturelle Vorbedingungen: Organisationsstruktur (z.B. Präventionskommission) vorhanden ja/nein; Exekutivmitglied übernimmt Führungsrolle (z.B. als Präsident der Präventionskommission) ja/nein.
- Unterschiedliche Sprachräume: Gemeinde ist deutsch- oder französischsprachig.

Die Analyse der ausgewählten Gemeinden zeigt, dass neun Gemeinden mit weniger als 10'000 Einwohner/-innen ausgewählt wurden und sechs mit mehr als 10'000 Einwohner/-innen. Zwei Gemeinden erfüllten keine der strukturellen Vorbedingungen, fünf erfüllten eine und sieben beide Vorbedingungen (zu einer Gemeinde gibt es hierzu keine Angaben). Fünf Gemeinden sind französischsprachig, zehn Gemeinden sind deutschsprachig. Es ist also gelungen, Pilotgemeinden mehr oder weniger entsprechend den zuvor festgelegten Kriterien zu finden (vgl. auch Darstellung D 2.1).

¹⁵ Quelle: Zwischenbericht RADIX vom 1.1.2008 bis zum 30.6.2008.

D 2.1: AUSGEWÄHLTE GEMEINDEN

Kanton	Gemeinde	Grösse		Strukturelle Vorbedingungen		Sprache
		<10'000	>10'000	Präventionskommission	Führungsrolle Exekutivmitglied	
BE	A		15'447	nein	ja	d
	B	3'406		ja	ja	d
	C		14'503	nein	ja	d
	D		10'002	ja	ja	d
ZH	E	6'343		nein	nein	d
	F	5'426		(ja)	ja	d
	G	1'722		nein	ja	d
	H		15'571	nein	nein	d
FR	I	2'025		nein	ja	f
	J	2'779		keine Angabe	keine Angabe	f
	K	3'542		ja	ja	d
	L	2'550		ja	ja	d
VD	M		11'000	nein	ja	f
	N	5'000		ja	ja	f
	O		14'483	ja	ja	f

Quelle: RADIX/eigene Darstellung

2.2.2 AUSWAHLVERFAHREN

Das Verfahren für die Auswahl der Pilotgemeinden gestaltete sich in den vier Kantonen gemäss den Projektunterlagen sehr ähnlich.¹⁶ Die Gemeinden wurden mehrheitlich von den zuständigen kantonalen beziehungsweise regionalen Fachstellen kontaktiert. Die erste Kontaktaufnahme erfolgte meist schriftlich oder telefonisch, gefolgt von einer Projektpräsentation vor Ort. In drei der vier Kantone erwies sich die Akquisition von Pilotgemeinden als sehr schwierig. Nur mit grossem Aufwand ist es gelungen, eine ausreichende Anzahl Gemeinden für eine Teilnahme am Pilotprojekt zu gewinnen. Die wichtigsten Gründe der Gemeinden, *nicht* beim Pilotprojekt mitzumachen, sind im Folgenden aufgelistet:

- Das Thema Tabakprävention ist in vielen Gemeinden nicht prioritär. Themen wie Alkohol, Littering oder Jugendgewalt stehen im Vordergrund.
- Viele Gemeinderäte sind überlastet und schrecken vor dem Aufwand eines gemeindeorientierten Projekts, in welchem überdies ihre aktive Mitarbeit verlangt ist, zurück. Diese Gemeinden hätten gemäss Aussage der Fachberatenden fixfertige, möglichst direkt umsetzbare Massnahmenmodule bevorzugt. Oftmals passt ein derart umfassendes Projekt auch nicht in das Legislaturprogramm der Gemeinde oder die Gemeinde hat bereits andere Schwerpunkte gesetzt.
- Verschiedene Gemeinden wollten zuerst die gesetzgeberischen Änderungen auf kantonaler und nationaler Ebene abwarten, bevor sie selber im Bereich Tabakprävention aktiv werden.

¹⁶ Quelle: Projektunterlagen zur Akquisition von Pilotgemeinden.

Vertiefte Informationen zum Auswahlverfahren liegen uns zudem aus den beiden Fallstudien und aus den Gesprächen mit den kantonalen Verantwortlichen vor:

- Ausschlaggebend für das Mitwirken der Deutschschweizer Fallstudiengemeinde im Pilotprojekt war, dass das zuständige Gemeinderatsmitglied im Bereich der Prävention aktiv werden wollte. Zudem bot die Gemeinde der zuständigen regionalen Fachstelle die Möglichkeit, aktiv mit der Gemeinde zusammenzuarbeiten und (ausserhalb der Schule) erste Präventionsstrukturen aufzubauen.
- In der Fallstudiengemeinde der Romandie verschaffte das Pilotprojekt dem zuständigen Exekutivmitglied die Legitimation für Massnahmen insbesondere zur Umsetzung des Rauchverbots in öffentlichen Gebäuden. Dies kam der zuständigen kantonalen Fachstelle, welche bereits eine mehrjährige, enge Zusammenarbeit mit der Gemeinde im Rahmen einer interkommunalen Plattform pflegte, entgegen. Das Pilotprojekt bot der Fachstelle die Möglichkeit, weitere Massnahmen im Bereich Tabakprävention umzusetzen.
- Für die Gewinnung der vier Berner Gemeinden war es gemäss Aussage der zuständigen Fachstelle zentral, dass es sich um ein nationales Pilotprojekt handelte. Überzeugt werden konnten diese Gemeinden zudem mit dem Argument, dass die im Pilotprojekt gebildeten Strukturen zukünftig auch für andere Präventionsthemen genutzt werden können.

2.2.3 FAZIT ZUR AUSWAHL DER GEMEINDEN

Insgesamt zeigt sich, dass es in drei der vier Kantone sehr schwierig war, Gemeinden für ein Mitmachen im Pilotprojekt zu gewinnen. Ob vor Projektbeginn bereits Präventionsstrukturen bestanden hatten, spielte keine Rolle beim Entscheid einer Gemeinde, sich zu engagieren. Hingegen war das Engagement und die Motivation des zuständigen Exekutivmitglieds ein wichtiger Erfolgsfaktor, insbesondere, wenn das Exekutivmitglied eine starke Position im Gesamtgemeinderat hat. Geholfen hat auch, wenn eine Verbindung zum Legislaturprogramm geschaffen werden konnte. Trotz der erwähnten Schwierigkeiten konnten die Auswahlkriterien mehr oder weniger eingehalten werden.

2.3 KOOPERATIONEN

In diesem Abschnitt werden die Kooperationen zwischen RADIX auf nationaler Ebene, den Fachstellen auf kantonaler beziehungsweise regionaler Ebene sowie den Gemeinden beschrieben.

2.3.1 KOOPERATIONEN ZWISCHEN RADIX UND DEN KANTONALEN/REGIONALEN FACHSTELLEN

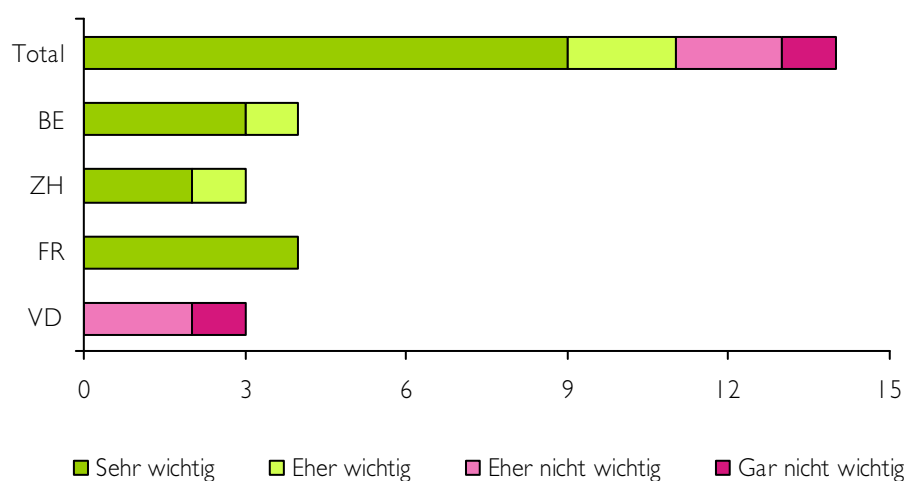
Als Vertreter des nationalen Pilotprojekts ist das Kompetenzzentrum RADIX für die Zusammenarbeit mit den weiteren Akteuren zuständig. RADIX kooperierte in erster Linie mit den zuständigen kantonalen beziehungsweise regionalen Fachstellen. Auf die Art der Kooperation wird im Detail in Abschnitt 3.1 eingegangen.

Wie die Darstellung D 2.2 zeigt, wird die von RADIX geleistete Unterstützung der Gemeinden gemäss Einschätzung der Fachberatenden im Rahmen der Selbstevaluation

als sehr wichtig erachtet. Eine Ausnahme bildet der Kanton Waadt: Der zuständige kantonale Fachberater war der Meinung, dass die nationale Unterstützung nicht wichtig war, da er erstens dem gemeindeorientierten Ansatz gegenüber kritisch eingestellt ist und zweitens Doppelspurigkeiten entstanden sind, da sich die Fachstelle bereits vor dem Start des Pilotprojekts zum Thema Tabak in den Gemeinden engagiert hatte. Als schwierig wurde von den französischsprachigen Kantonen zudem erachtet, dass die Dokumente von RADIX oftmals nur in Deutsch erhältlich waren.

Weiter waren alle Befragten der Meinung, dass die Unterstützung von RADIX durch Know-how umfassend ist und dass die Zuständigen für Rückfragen gut erreichbar sind. Im Kanton Zürich, wo vier Fachberater/-innen der regionalen Suchtpräventionsstellen für die Gemeindebetreuung zuständig waren, wurden diese zudem gefragt, wie sie die Unterstützung durch die kantonale Tabakfachorganisation „Züri rauchfrei“ beurteilten. Deren fachliche Unterstützung bewerteten zwei der Befragten als umfassend, eine Person als nicht umfassend und die Person, welche das abgebrochene Projekt betreut hatte, wollte dazu keine Stellung nehmen (vgl. auch Abschnitt 2.4.2).

D 2.2: UNTERSTÜTZUNG DER GEMEINDEN DURCH NATIONALES PROJEKT (ANZAHL NENNUNGEN)



Quelle: Selbstevaluationsraster, Einschätzung der kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatern, Stand Juni 2009

Der im Rahmen der Deutschschweizer *Fallstudie* befragte regionale Fachberater hat insbesondere erwähnt, dass sich die Zusammenarbeit mit RADIX bei der Erarbeitung eines Instruments für die Bedarfserhebung in den Gemeinden sehr bewährt hat. Auch findet er es wichtig, dass RADIX die Fachstellen mit nationalen Informationen beliefert und den Informationsaustausch im Rahmen von ERFA-Tagungen fördert. Gemäss seiner Aussage hatte die Fallstudiengemeinde keinen direkten Kontakt mit RADIX, was er aber auch nicht als nötig erachtet. Die Fallstudie in der Romandie hat aufgezeigt, dass ein Vertreter von RADIX zu Beginn des Pilotprojekts bei der Bedarfserhebung in der Pilotgemeinde anwesend war und einen Input im Rahmen des Workshops geliefert

hat. Aus Sicht des zuständigen kantonalen Fachberaters waren weitere Kontakte zwischen RADIX und der Gemeinde jedoch nicht notwendig, da die zuständige Fachstelle CIPRET (Centre d'information pour la Prévention du tabagisme) spezialisiert ist auf den Bereich Tabak.

2.3.2 KOOPERATIONEN ZWISCHEN DEN KANTONALEN/ REGIONALEN FACHSTELLEN UND DEN GEMEINDEN

Ansprechpartnerin der Gemeinden sind die kantonalen beziehungsweise regionalen Fachstellen. Entsprechend existieren enge Kooperationen zwischen den beiden Akteuren. Im folgenden Abschnitt wird die Wichtigkeit und Qualität dieser Zusammenarbeit beschrieben. Auf die Art der Kooperation wird im Detail in Abschnitt 3.1 eingegangen.

Wichtigkeit der Unterstützung

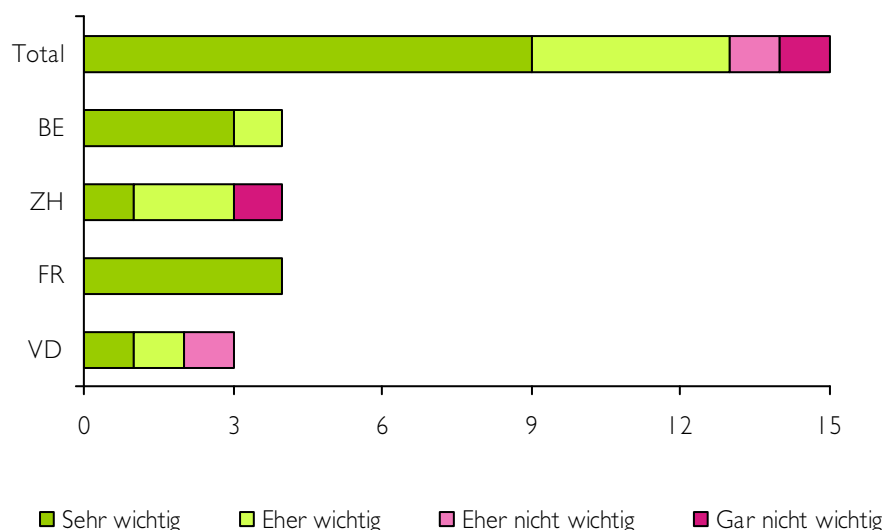
Wie die Darstellung D 2.3 zeigt, schätzen die kantonalen/regionalen Fachberater/-innen ihre geleistete Unterstützung in den Gemeinden gemäss ihrer Selbstevaluation mehrheitlich als wichtig ein. Eine Ausnahme bildet die klar negative Einschätzung eines regionalen Fachberaters im Kanton Zürich bezüglich jener Gemeinde, die das Projekt abgebrochen hat. Diese Einschätzung liegt vermutlich darin begründet, dass in der Gemeinde interne Probleme bestanden, auf welche der externe Fachberater keinen Einfluss hatte und welche schliesslich zum Abbruch des Projekts führten.

Dass eine externe Unterstützung wichtig ist, wurde auch aus kommunaler Sicht durch die Deutschschweizer Fallstudie bestätigt: Ausnahmslos alle Projektgruppenmitglieder waren der Ansicht, dass die Durchführung eines solchen Projekts eine externe Unterstützung benötigt. Diese externe Person könne fachlichen Input einbringen, den Prozess vorantreiben und bei Uneinigkeiten vermitteln. Aus Sicht des zuständigen Fachberaters ist eine bereits bestehende gute Zusammenarbeit zwischen Fachstelle und Gemeinde insbesondere bei der Akquisition der Gemeinde wichtig: Wenn die Gemeinde Vertrauen in die Fachstelle hat, dann wird es auch einfacher, eine Gemeinde für die Präventionsarbeit zu motivieren. Dies zeigte sich auch in der Fallstudiengemeinde der Romandie: Hier arbeiteten die Gemeinde und die kantonale Fachstelle seit mehreren Jahren in einer interkommunalen Plattform zusammen, was die Zusammenarbeit im Pilotprojekt stark erleichterte.

Qualität der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen kantonalen/regionalen Fachstellen und Gemeinden wird gemäss allen Selbstevaluationen als für den Projekterfolg förderlich eingeschätzt. Auch die beiden Fallstudien haben gezeigt, dass die konkrete Zusammenarbeit von der Mehrheit der Befragten als fruchtbar empfunden worden ist.

D 2.3: UNTERSTÜTZUNG DER GEMEINDEN DURCH FACHSTELLEN (ANZAHL NENNUNGEN)



Quelle: Selbstevaluationsraster, Einschätzung der kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatern, Stand Juni 2009

2.3.3 KOOPERATIONEN INNERHALB DER GEMEINDEN

Auch innerhalb der Gemeinden arbeiteten verschiedenen Akteure zusammen. Es liegen Selbstevaluationsangaben von zwölf Gemeinden zu intrakommunalen Kooperationen vor. Darstellung D 2.4 zeigt auf, mit welchen Akteuren in diesen Gemeinden zusammen gearbeitet wird. Dabei muss jedoch festgehalten werden, dass die Art und Weise der Kooperation im Selbstevaluationsraster nicht präzisiert wurde. Deshalb können keine weitergehenden Aussagen zur Intensität dieser Kooperationen gemacht werden.

Mit den Vereinen besteht eine Zusammenarbeit in elf der zwölf Gemeinden. Diese Zusammenarbeit wird von den Fachberatern mehrheitlich als sehr positiv beurteilt. In neun der zwölf Gemeinden bestehen Zusammenarbeitsformen mit der Schule, der Jugendarbeit und mit Fachstellen. Auch diese werden mehrheitlich als (sehr) positiv bewertet. Aus den Gesprächen mit den Fachberatern geht hervor, dass teilweise Hemmungen bestehen beim Zugang zu den Schulen, da diese bereits durch Reform- und weitere Projekte überlastet seien. In sieben der zwölf Gemeinden schliesslich wird mit der Gastronomie/dem Detailhandel zusammengearbeitet und in sechs der zwölf Gemeinden mit weiteren Betrieben. Die Gespräche mit kantonalen Fachberatern und Gemeindevertretungen haben aber gezeigt, dass der Einbezug von Betrieben eher schwierig ist, da die lokalen Gewerbevereine wenig Affinität zum Thema haben.

D 2.4: QUALITÄT DER ZUSAMMENARBEIT INNERHALB DER GEMEINDE

	Gemeinde	Gastronomie/ Detailhandel	Schulen	Vereine	Jugendarbeit	Betriebe	Fach- stellen
BE	A	+	+	+	++	+	+
	B	+	+	++	++	++	+
	C	+		++	+	++	+
	D		++	++	++	++	+
ZH	E	+	++	+	++	+	+
	F	+	+		++		+
	G	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
	H	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
FR	I		++	++	++		++
	J						
	K						
	L						
VD	M			+	+		
	N		+	++	++		+
	O	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

Quelle: Selbstevaluationsraster der Gemeinden, ausgefüllt durch die kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatenden, Stand Juni 2009; graue Felder: es bestehen keine Kooperationen; grüne Felder: es bestehen Kooperationen; + gute Kooperation; ++ sehr gute Kooperation

Die Deutschschweizer Fallstudie zeigt weiter auf, dass es schwierig ist, Akteure für eine Zusammenarbeit zu gewinnen, wenn sie keinen Handlungsbedarf im Bereich Tabakprävention sehen. Obwohl in der Selbstevaluation angegeben wurde, dass in der Umsetzung von Massnahmen eine gute Kooperation mit den Vereinen besteht, konnte kein Verein für eine Zusammenarbeit in der Projektgruppe gewonnen werden. Zudem muss bedacht werden, dass gerade in den Vereinen die Vorstandsmitglieder bereits ehrenamtlich tätig sind und deshalb wenig Interesse an weitergehenden Verpflichtungen haben. Erschwerend kommt dazu, dass in kleineren Gemeinden die Vereine oftmals regional organisiert sind und die Vorstandmitglieder nicht in der Gemeinde wohnen. Gemäss der Fallstudie der Romandie wurde das Pilotprojekt in einer bereits vorher bestehenden interkommunalen Arbeitsgruppe bearbeitet. Diese beinhaltete Vertretungen aus der Elternschaft, aus dem Gemeinderat, der Sozialarbeit, der Polizei sowie kantonale Vertretungen, unter anderem CIPRET. Für die Umsetzung der ersten Massnahmen (Rauchverbot in der Gemeindeverwaltung) mussten keine weiteren Akteure einbezogen werden. Es wird sich erst noch zeigen, ob bei der Entwicklung und Umsetzung von weiteren Massnahmen der Einbezug von zusätzlichen Interessengruppen gelingen wird.

2.3.4 FAZIT ZU DEN KOOPERATIONEN

Insgesamt lässt sich somit feststellen, dass sich die Kooperation zwischen RADIX und den kantonalen/regionalen Fachstellen bewährt hat. Eine direkte Kooperation zwischen RADIX und den Pilotgemeinden war nicht geplant und wird auch nicht als nötig erachtet. Die Unterstützung der Gemeinden durch externe Fachstellen war aus Sicht der zuständigen Fachberater/-innen mehrheitlich wichtig und für den Projekterfolg förder-

lich. Innerhalb der Pilotgemeinden wird mit verschiedenen Akteurgruppen kooperiert; diese Kooperationen werden von den Fachberatenden mehrheitlich positiv bewertet. Eher schwierig war jedoch die Einbindung der Vereine, der Gastronomie und der Betriebe.

2.4 AUFBAU VON KOMMUNALEN STRUKTUREN

Im folgenden Abschnitt gehen wir auf die strukturellen Voraussetzungen in den Gemeinden sowie auf die neu geschaffenen Strukturen ein.

2.4.1 VORAUSSETZUNGEN IN DEN GEMEINDEN

Im folgenden Abschnitt gehen wir auf die Voraussetzungen in den Gemeinden in Bezug auf die Tabakprävention ein. Dazu werden vier Aspekte begutachtet: Vorhandensein einer Präventionsstruktur vor Projektbeginn; Erfahrung der kommunalen Projektleitung mit dem gemeindeorientierten Ansatz; Qualität der Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Pilotprojekts in der Gemeinde; Stellenwert der Tabakprävention in der Gemeinde.

Die kantonalen/regionalen Fachberater/-innen wurden im Rahmen der Selbstevaluation gebeten, zu beurteilen, ob vor Beginn des Pilotprojekts Präventionsstrukturen vorhanden waren (vgl. Darstellung D 2.5).¹⁷ Bei der Mehrheit der Gemeinden waren bei Projektbeginn keine Präventionsstrukturen vorhanden. Zudem verfügte rund die Hälfte der kommunalen Projektleitungen über keine entsprechende Projekterfahrung. Die kommunalen Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Projekts wurden bei der Mehrheit der Gemeinden als (eher) gut beurteilt. Ebenfalls wurde der Stellenwert der Tabakprävention bei der Mehrheit der Gemeinden als hoch bewertet.

¹⁷ Wie bereits in Abschnitt 2.2.1 aufgezeigt worden ist, wurde bei der Auswahl der Pilotgemeinde darauf geachtet, ob bereits eine Präventionskommission vorhanden war. Bei einer Gemeinde im Kanton Bern und einer Gemeinde im Kanton Fribourg zeigte sich, dass gemäss den Angaben zu den Auswahlkriterien eine Präventionskommission bestanden hatte, diese aber von den Fachberatern scheinbar nicht als Präventionsstruktur wahrgenommen wurde.

D 2.5: STRUKTURELLE VORAUSSETZUNGEN UND STAND ZUM MASSNAHMENPLAN

Kanton	Gemeinde	Voraussetzungen				Stand Massnahmenplan
		Präventionsstruktur	Projekterfahrung	Kommunale Rahmenbed.	Stellenwert Tabakprävention	
BE	A	k.A.	nein	eher gut	eher tief	verabschiedet
	B	ja	ja	sehr gut	eher hoch	Umsetzung
	C	ja	ja	sehr gut	eher tief	verabschiedet
	D	nein	nein	eher ungünstig	eher tief	Vorbereitung
ZH	E	nein	nein	eher gut	mittel	Umsetzung
	F	ja	ja	eher gut	eher hoch	Umsetzung
	G	nein	nein	eher ungünstig	eher tief	Abbruch
	H	nein	ja	sehr ungünstig	k.A.	geplant
FR	I	nein	nein	sehr gut	eher hoch	liegt vor
	J	nein	nein	eher gut	eher tief	k.A.
	K	ja	ja	eher gut	eher hoch	liegt vor
	L	nein	nein	sehr gut	sehr hoch	Umsetzung
VD	M	nein	nein	eher ungünstig	eher hoch	Umsetzung von bestehenden Massnahmen
	N	ja	ja	eher gut	eher hoch	Umsetzung
	O	ja	ja	sehr gut	eher hoch	geplant

Quelle: Selbstevaluationsraster, Einschätzung der kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatern, Stand Juni 2009

Schaut man sich die einzelnen Gemeinden genauer an, so lassen sich die vorhandenen Präventionsstrukturen wie folgt beschreiben:

- In einer Gemeinde im Kanton Zürich existierten schon vor dem Pilotprojekt eine Arbeitsgruppe der Exekutive zum Thema Prävention sowie eine Arbeitsgruppe „Jugend“ zur Koordination von Gemeinde, Schule und Jugendarbeit. In der Deutschschweizer Fallstudiengemeinde waren zwar keine kommunalen Präventionsstrukturen vorhanden, doch die Volksschule ist seit mehreren Jahren im Rahmen des „Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen“ aktiv. Dem zuständigen externen Fachberater war es deshalb sehr wichtig, eine Vertretung dieser Schule für die Mitarbeit in der Projektgruppe zu gewinnen.
- Im Kanton Bern hatte eine Gemeinde bereits Prävention im Bereich Alkohol und Gewalt betrieben, eine Gemeinde hatte eine aktive Jugendfachstelle und eine Gemeinde hatte bereits ein Suchtpräventionskonzept.
- Im Kanton Freiburg ist eine Gemeinde seit 2005 rauchfrei. Diese hatte schon vor Projektbeginn eine Kommission Gesundheitsförderung und Altersfragen, welche sich jedoch primär um viele andere Themen kümmern muss und daher aufpassen musste, dass das Thema Tabak dabei nicht verloren ging.
- Im Kanton Waadt bestand in der französischsprachigen Fallstudiengemeinde bereits vorgängig eine interkommunale Plattform zum Thema Prävention, welche sehr aktiv ist und über eine sehr grosse Erfahrung in der partnerschaftlichen Zu-

sammenarbeit verfügt. In einer zweiten Gemeinde existierte ein „Espace Prévention“. Diese Arbeitsgruppe wird von der Gemeinde finanziert und verfügt deshalb über personelle Ressourcen.

2.4.2 NEU GESCHAFFENE STRUKTUREN

Im folgenden Abschnitt gehen wir auf die neu geschaffenen kommunalen Strukturen zur Umsetzung des Pilotprojekts, die vorhandenen Ressourcen sowie die Projektführung ein.

Agendasetting, Projektgruppe, Massnahmenplan

Gemäss Konzept des Pilotprojekts sind das Vorliegen eines formellen Beschlusses des Gemeinderats, die Einsetzung einer Projektgruppe sowie eine durchgeführte Situationsanalyse und ein Massnahmenplan die strukturellen Voraussetzungen für die Projektumsetzung. Im Folgenden zeigen wir dazu den Stand Mitte 2009 gemäss Angaben in den Selbstevaluationen.

- *Formeller Auftrag:* Ein solcher lag in 14 Gemeinden vor. Eine dieser Gemeinden hat jedoch nach Erteilung des Auftrags das Projekt aufgrund interner Zusammenarbeitsprobleme abgebrochen.
- *Projektgruppe:* In elf Gemeinden war eine Projektgruppe eingesetzt.
- *Situationsanalyse:* In zehn Gemeinden ist eine Situationsanalyse erarbeitet worden.
- *Massnahmenplan:* Mitte 2009 waren in fünf Gemeinden Massnahmenpläne in Umsetzung, und in vier Gemeinden lagen Massnahmenpläne vor. Zudem wurden in einer Gemeinde Massnahmen umgesetzt, welche bereits vor Beginn des Pilotprojekts entwickelt worden sind (vgl. auch Darstellung D 2.5).

In der Deutschschweizer Fallstudie zeigt sich, dass die verschiedenen Elemente der neuen Strukturen unter Anleitung des externen Fachberaters zügig aufgebaut worden sind. Dabei wurde der von RADIX vorgegebene Zeitplan einerseits als hilfreich empfunden, um das Projekt voranzutreiben, andererseits fehlte der neu konstituierten Gruppe aber die Zeit, um eine gemeinsame Haltung zu entwickeln. Für die Fallstudiengemeinde in der Romandie spielt der vorgegebene Zeitplan eine untergeordnete Rolle, da die interkommunale Arbeitsgruppe die Massnahmen eigenständig und gemäss ihrer eigenen Prioritätenliste vorantreiben wird.

Ressourcen

Bezüglich der vorhandenen Ressourcen zeigen die Ergebnisse der Selbstevaluation, dass in elf von zwölf Gemeinden mit entsprechenden Angaben das Pilotprojekt *finanziell* unterstützt wird. Für sieben Gemeinden liegen Angaben zur Höhe der Budgets vor. Die Mehrheit der Budgets betrug für die Zeitspanne von Mitte 2008 bis Mitte 2009 zwischen 3'000 und 5'000 Franken. Eine Gemeinde hat sogar 30'000 Franken für die Umsetzung von Massnahmen budgetiert. Für fünf Gemeinden liegen Angaben bezüglich der *personellen* Ressourcen vor. Dabei beträgt der Umfang zwischen einer und vier Stunden pro Woche. In einer Gemeinde werden Sitzungsgelder in der Höhe von 50 Franken bezahlt. Zu den geleisteten unbezahlten Stunden sowie Sponsoringbeiträgen sind keine informativen Angaben vorhanden.

In der Deutschschweizer Fallstudiengemeinde verfügen die Gemeindeschreiberin, die Jugendarbeiterin sowie der Vertreter der Schule im Rahmen ihres Engagements im Projekt „Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ über zeitliche Ressourcen für die Mitarbeit. Diese wurden in den meisten Fällen nicht formell festgelegt, sondern können nach Gutdünken der Betroffenen eingesetzt werden. Zudem besteht ein jährliches Budget, über welches die Projektgruppe frei verfügen kann. Auch in der Westschweizer Fallstudie bestehen ausreichend personelle Ressourcen. Die Gemeinde hat zwar nur eine kleine kommunalen Verwaltung, es besteht jedoch seit Jahren eine starke Tradition zur Zusammenarbeit in der Gemeinde unter Einbezug von erwachsenen und jugendlichen Einwohnerinnen und Einwohnern.

Projektführung

Eine Vorgabe des Pilotprojekts ist es, dass die Leitung des Projekts durch ein Exekutivmitglied der Gemeinde wahrgenommen wird. Diese Voraussetzung konnte gemäss Angabe in den Selbstevaluationen in 14 Gemeinden erfüllt werden. In einer Gemeinde der Romandie ist das Exekutivmitglied zwar Teil der Projektgruppe, die Leitung wird jedoch vom Gemeindeschreiber wahrgenommen.

Bei der Mehrheit der Gemeinden korrespondiert die Führung auch mit der ideellen Unterstützung. Gemäss den Befragten übernimmt in zwei Gemeinden die Exekutive die Führung, unterstützt das Projekt aber nicht ideell. Eine dieser Gemeinden hat das Projekt abgebrochen, in der anderen Gemeinde liegt die Zustimmung des Gemeinderats vor, obwohl das Thema Tabakprävention für diesen nicht Priorität hat. Bei dieser Gemeinde liegen keine Angaben zum Stand der Erarbeitung des Massnahmenplans vor.

Weiter liegen Angaben zur Erfahrung der kommunalen Projektgruppenleitern mit dem gemeindeorientierten Ansatz vor: Von den 15 Gemeinden verfügen sieben Leiter über entsprechende Erfahrung, acht haben keine Erfahrung damit. Die Führungen derjenigen beiden Gemeinden, die das Projekt aus Sicht des externen Fachberaters ideell nicht unterstützen, haben auch keine Erfahrung mit dem gemeindeorientierten Ansatz.

Die Deutschschweizer Fallstudiengemeinde zeigt, dass es wichtig ist, dass ein Exekutivmitglied die formelle Führung hat und dem Projekt ein offizielles Gesicht verleiht. Gerade wenn aber die Projektführung mit dem gemeindeorientierten, partizipativen Ansatz wenig vertraut ist, braucht es eine externe Unterstützung, welche den Prozess begleitet. Die Fallstudiengemeinde zeigt zudem eine interessante Organisationsform: Die strategische Leitung des Projekts wird vom Gemeinderatsvertreter wahrgenommen, die operative Leitung wird jedoch von der stv. Gemeindeschreiberin übernommen.

Zuständigkeiten bezüglich der Umsetzung

Aus den Selbstevaluationen liegen uns zudem Angaben von elf Gemeinden vor, wer für die Umsetzung der einzelnen Massnahmen zuständig ist. In den meisten Gemeinden werden die Projektgruppe oder einzelne Projektgruppenmitglieder als zuständig erklärt. Im Kanton Waadt ist oft CIPRET als verantwortliche Organisation für die Umsetzung von Massnahmen aufgeführt. Gemäss Aussage des zuständigen kantonalen Fachberaters war seine Mitarbeit massgeblich für das Vorankommen der Projekte.

In der Deutschschweizer Fallstudiengemeinde werden die Projekte vorwiegend durch die Mitglieder der Projektgruppe umgesetzt. Die Projektgruppe hofft zudem, für die Umsetzung von weiteren Projekten Akteure zu gewinnen, welche bisher nicht in der Gruppe mitarbeiteten (insbesondere die Vereine). In der französischsprachigen Fallstudiengemeinde wurden die Projekte bisher von der bereits länger bestehenden interkommunalen Arbeitsgruppe (nebst CIRPET) umgesetzt. Der Einbezug von weiteren Akteuren könnte sich jedoch aufdrängen, sobald Massnahmen ausserhalb des Bereichs „Schutz vor Passivrauch“ umgesetzt werden.

2.4.3 FAZIT ZUM AUFBAU KOMMUNALER STRUKTUREN

Dem Pilotprojekt ist es gelungen, bis Mitte 2009 in mehr als der Hälfte der Pilotgemeinden die geforderten strukturellen Elemente aufzubauen. In neun der 15 Gemeinden lagen Massnahmenpläne vor oder befanden sich bereits in Umsetzung. Die Mehrheit der Pilotprojekte verfügte über ein finanzielles Budget. Für den erfolgreichen Projektverlauf scheinen jedoch die personellen Ressourcen eine bedeutendere Rolle zu spielen als die finanziellen. Zudem ist es in praktisch allen Gemeinden gelungen, dass die Projektführung durch ein Exekutivmitglied wahrgenommen wird. Als wichtige Erfolgsfaktoren für den Projektverlauf lassen sich die ideelle Unterstützung des Projekts durch das Exekutivmitglied sowie die Unterstützung durch eine externe Fachberatung identifizieren. Das Vorhandensein von kommunalen Präventionsstrukturen bereits vor Projektstart sind für die erfolgreiche Projektumsetzung nicht zwingend notwendig, können diese aber beschleunigen. Die Selbstevaluationsangaben zeigen, dass Gemeinden, welche bis Mitte 2009 mit dem Massnahmenplan noch nicht so weit fortgeschritten waren beziehungsweise das Projekt abgebrochen haben, vor Projektstart über keine Präventionsstrukturen verfügten. Dennoch waren einzelne Gemeinden, welche bei Projektstart über keinerlei Präventionsstrukturen verfügten, bis Mitte 2009 sehr wohl schon in der Phase der Realisierung des Massnahmenplans.

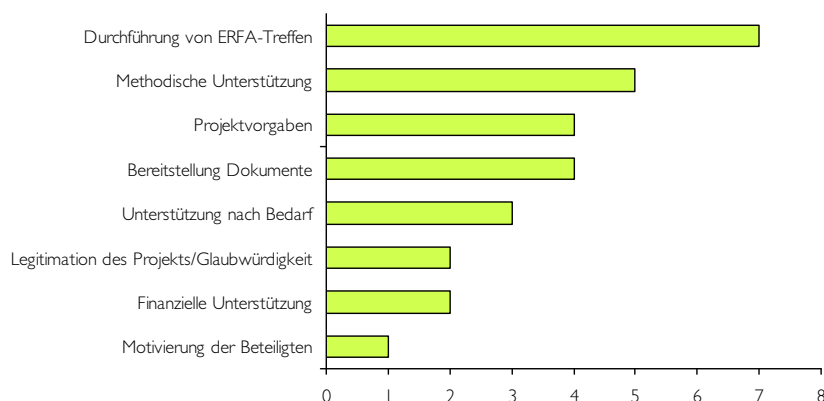
3 RESULTATE ZU DEN MASSNAHMEN

In Kapitel 3 werden die Massnahmen auf nationaler (Abschnitt 3.1) und auf kantonaler/regionaler Ebene (Abschnitt 3.2) sowie die Massnahmen auf der Ebene der kommunalen Projekte (Abschnitt 3.3) skizziert. Bereits in Abschnitt 2.3 wurden die Kooperationen zwischen den verschiedenen Ebenen beschrieben.

3.1 MASSNAHMEN AUF NATIONALER EBENE

Auf der Ebene des Gesamtprojekts ist insbesondere RADIX für die Erbringung von Leistungen zuständig: Erstens ist RADIX gemeinsam mit Vertretungen der kantonalen Fachstellen, der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention und einem Vertreter der Fachstelle Gesundheitspolitik in der Steuergruppe des Pilotprojekts vertreten.¹⁸ Dieser Steuergruppe kommt die Aufgabe zu, die planmässige Durchführung des Projekts zu überwachen und das Projektcontrolling durchzuführen. Zweitens erbringt RADIX Dienstleistungen zuhanden der Akteure auf kantonaler, regionaler und kommunaler Ebene. RADIX schreibt im Gesuch um die Projektfinanzierung durch den Tabakpräventionsfonds, dass den Pilotgemeinden, den Tabakfachorganisationen der Pilotkantone und den beteiligten lokalen Präventionsfachstellen während der Pilotphase fachlicher Support durch die Dienstleistungen des Projekts zur Verfügung gestellt wird.¹⁹ Gemäss Angaben der von den Fachberatenden ausgefüllten Selbstevaluationsraster wird ersichtlich, dass RADIX vor allem mittels Durchführung von ERFA-Treffen, mit methodischer Unterstützung (z.B. bei der Durchführung der Bedarfserhebung), durch das Bereitstellen von Projektvorgaben und von Dokumenten (Briefvorlagen, Checklisten usw.) Unterstützung geleistet hat (Angaben von zehn der 15 Gemeinden, vgl. Darstellung D 3.1).

3.1: UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN VON RADIX ZUHANDEN DER GEMEINDEN (ANZAHL NENNUNGEN FÜR ZEHN GEMEINDEN)



Quelle: Selbstevaluationsraster, Einschätzung der kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatenden, Stand Juni 2009

¹⁸ RADIX (2007): Gesuch um Präventionsfinanzierung durch den Tabakpräventionsfonds, S 26.

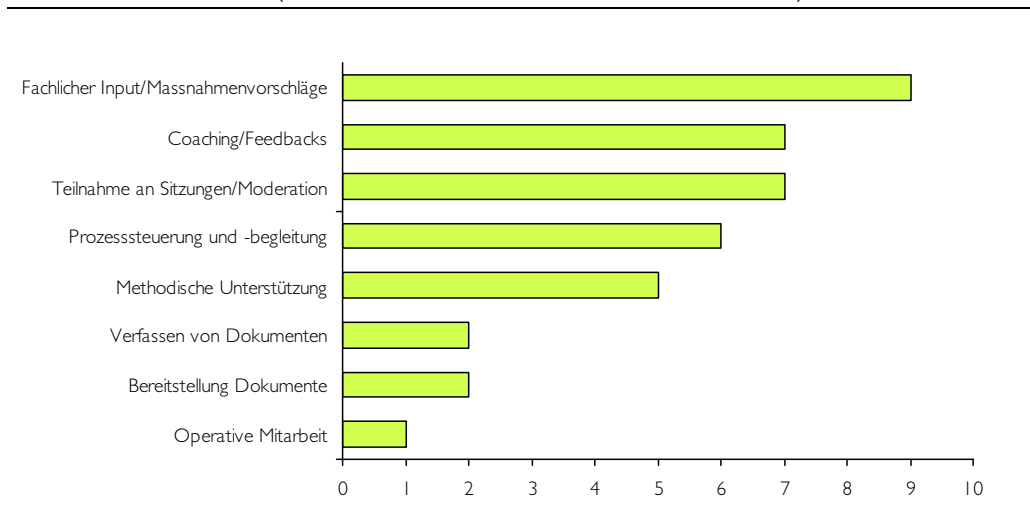
¹⁹ RADIX (2007): Gesuch um Präventionsfinanzierung durch den Tabakpräventionsfonds, S 14.

Gemäss der Deutschschweizer Fallstudie zeigt sich zum Beispiel, dass RADIX für die regionale Fachstelle eine wichtige Unterstützung bei der Erarbeitung des Instruments zur Bedarfserhebung geleistet hat. In der Romandie war die Zusammenarbeit von RADIX mit der Tabakfachstelle CIPRET von untergeordneter Bedeutung, da diese Fachstelle über langjährige Erfahrung in der Tabakprävention verfügt.

3.2 MASSNAHMEN AUF KANTONALER/REGIONALER EBENE

Die kantonalen/regionalen Fachberater/-innen haben in ihren Selbstevaluationen beschrieben, welche Unterstützungsleistungen sie den Gemeinden zukommen liessen. Aus Darstellung D 3.2 wird ersichtlich, dass fachlicher Input sowie Vorschläge für Massnahmen erbracht worden sind. Zudem waren das Coaching der Projektgruppenleitung, die Unterstützung beim Ausfüllen des Umsetzungsrasters und das Geben von Feedbacks wichtige Leistungen zuhanden der Gemeinden. Ebenfalls hatten die Fachberater/-innen an Sitzungen teilgenommen beziehungsweise diese moderiert. Weiter waren die Prozesssteuerung und -begleitung (z.B. bezüglich der Sicherstellung der Wirkungsmessung Langenthal) sowie die methodische Unterstützung wichtig. Einzelne Fachberatende hatten auch Dokumente wie zum Beispiel die Bedarfsanalyse verfasst oder Dokumente zur Verfügung gestellt.

D 3.2: UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN DER FACHSTELLEN ZUHANDEN DER GEMEINDEN (ANZAHL NENNUNGEN FÜR 12 GEMEINDEN)



Quelle: Selbstevaluationsraster, Einschätzung der kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatern, Stand Juni 2009

3.3 MASSNAHMEN AUF KOMMUNALER EBENE

Im Folgenden interessiert uns, in welchen Bereichen die Gemeinden Massnahmen geplant haben und wer die Massnahmen umsetzt. Wiederum haben die externen Fachberater/-innen schriftliche Angaben mit Stand Mitte 2009 geliefert. An dieser Stelle soll nochmals festgehalten werden, dass bis zu diesem Zeitpunkt erst in fünf Gemeinden vereinzelte Massnahmen umgesetzt worden sind.

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen verhältnisorientierten Massnahmen, wozu die Bereiche „Einschränkung Erhältlichkeit beziehungsweise Sichtbarkeit von Tabakwaren“, „Einschränkung beziehungsweise Verbot von Werbung für Tabakprodukte“, „Schutz vor Passivrauch“ sowie „Nichtrauchen als gesellschaftliche Norm“ zählen, und verhaltensorientierten Massnahmen, welche die Bereiche „Unterstützung beim Nicht-Einstieg“ sowie „Unterstützung beim Ausstieg“ umfassen. Die Selbstevaluationen zeigen auf, dass in zehn Gemeinden mit entsprechenden Angaben Massnahmen in allen Bereichen entwickelt worden sind. Eine Ausnahme bildet der Bereich „Einschränkung beziehungsweise Verbot von Werbung für Tabakprodukte“. Dies hängt mit den kantonalen Gesetzen in den Kantonen Bern, Zürich und Waadt zusammen, welche Werbung im öffentlichen Raum verbieten (vgl. Abschnitt 2.1). Zudem hat die Nachfrage bei den kantonalen Fachberatenden ergeben, dass insbesondere in kleineren Gemeinden praktisch keine Werbeflächen auf öffentlichem Grund vorhanden sind und diesbezüglich somit kein Handlungsbedarf besteht.

In den nachfolgenden Abschnitten beschreiben wir für jeden Bereich konkrete Massnahmenbeispiele. Grundlage bilden diejenigen elf Gemeinden, welche hierzu Angaben machten.

3.3.1 MASSNAHMEN AUF EBENE VERHÄLTNISPRÄVENTION

Aufgrund der Angaben in den Selbstevaluationen mit Stand Juni 2009 lassen sich folgende Massnahmen der Verhältnisprävention beschreiben:

Einschränkung Erhältlichkeit/Sichtbarkeit

- Tabakverkaufsautomaten: Drei Gemeinden (ZH und BE) planen die Umrüstung entsprechender Automaten vor der gesetzlichen Übergangsfrist.
- Testkäufe: Drei Gemeinden (ZH und BE) sehen Testkäufe im Bereich Tabak/Alkohol vor.
- Information/Schulung Verkaufspersonal: Drei Gemeinden (BE, VD) planen entsprechende Massnahmen.
- Information der Öffentlichkeit: Eine Gemeinde (BE) plant die Information über das Einhalten der Vorschriften.
- Veranstaltungen: In drei Gemeinden (ZH und BE) sind Massnahmen zur Verstärkung des Jugendschutzes bei Dorf- und Vereinsfesten vorgesehen: Entwicklung eines Leitfadens, Kopplung der Patentvergabe an Jugendschutzaufgaben, Unterstützung der Veranstalter bei der Umsetzung.

In diesem Massnahmenbereich fällt auf, dass hier sowohl der Kanton Bern als auch der Kanton Zürich einen Schwerpunkt gesetzt haben. Im Kanton Zürich hängt dies gemäss Aussage der kantonalen Tabakfachstelle „Züri rauchfrei“ mit dem neuen kantonalen Gesundheitsgesetz zusammen, welches 2008 in Kraft gesetzt wurde und ein Verkaufs- und Werbeverbot für Tabakprodukte vorsieht. Im Kanton Bern wiederum war den Gemeinden gemäss Angabe der kantonalen Fachberaterin der Jugendschutz ein besonderes Anliegen. Zudem hatte der Fachberater einer regionalen Suchtpräventionsstelle des Kantons Zürich sowie die Fachberaterin der Tabakfachorganisation des Kantons

Bern intensiven Austausch untereinander und machten sich gegenseitig auf geeignete Massnahmen aufmerksam.

Schutz vor Passivrauchen

- Rauchfreie Verwaltung: In zwei Gemeinden (VD) sind umfassende Massnahmen zur Umsetzung der rauchfreien Verwaltung vorgesehen beziehungsweise bereits umgesetzt. Dass beide Gemeinden diese Massnahmen aufgriffen, hängt gemäss Aussage des kantonalen Fachberaters unter anderem mit dem Abstimmungskampf rund um das entsprechende kantonale Gesetz zusammen.
- Rauchfreies Schulareal: In zwei Gemeinden (ZH) ist das Areal rauchfrei gehalten und entsprechend markiert. In einer der beiden Gemeinden gilt auch ein Alkoholkonsumverbot auf dem Schulhausareal. Diese Massnahme wurde in einer Gemeinde bereits vor Start des Pilotprojekts umgesetzt; die andere Gemeinde wurde an einem Austauschtreffen im Rahmen des Pilotprojekts auf diese Massnahme aufmerksam und hat sie übernommen.
- Rauchfreie Restaurants beziehungsweise Clubräume: In drei Gemeinden (ZH und FR) sind einzelne Räume rauchfrei.
- Rauchverbot bei Anlässen auf öffentlichem Grund: In einer Gemeinde wird dieses Rauchverbot durchgesetzt (BE).
- Anbringen von Schildern auf öffentlichem Grund (FR).

Nichtrauchen als gesellschaftliche Norm

Diesem Bereich haben wir alle Massnahmen im Bereich der breiten Öffentlichkeitsarbeit zugeordnet oder Massnahmen, welche zum Ziel haben, ein gemeinsames Verständnis gegenüber der Prävention zu entwickeln. Wir führen Beispiele dieser beiden Kategorien im Folgenden auf:

- Allgemeine Massnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit: Fünf Gemeinden (ZH, FR) haben verschiedene Massnahmen in diesem Bereich vorgesehen, wie zum Beispiel Informationen zum Projekt im Mitteilungsblatt oder auf der Homepage der Gemeinde, Auflegen/Verteilen von Infobroschüren zur Tabakprävention, Information der Bevölkerung oder Interessengruppen (Vereine, Eltern) an spezifischen Veranstaltungen oder an der Chilbi usw.
- Spezifische Massnahmen der Öffentlichkeitsarbeit: Eine Gemeinde (BE) plant eine Information am Welttag ohne Tabak, und eine Gemeinde (BE) plant einen Vitaparcours zum Thema Prävention. Die Deutschschweizer Fallstudiengemeinde (ZH) plant zudem ein Projekt, in welchem die Vereine das Thema Littering thematisieren.
- Entwicklung einer Grundhaltung: Zwei Gemeinden (BE) haben einen Schwerpunkt in der Entwicklung eines gemeinsamen Präventionsverständnisses gelegt. In einer Gemeinde erarbeitet die Präventionsgruppe ein Konzept für ihre zukünftige Tätigkeit, in einer anderen Gemeinde wird erstens für die Bereiche Jugendarbeit und Schule ein Konzept zum Umgang mit Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen entwickelt und zweitens für die gesamte Gemeinde (Schule, kirchliche Jugendarbeit, Lehrbetriebe, Sportvereine) in einer „Charta rauchfrei“ eine gemeinsame Haltung

zum Thema Tabakprävention geschaffen. Diese Charta enthält zudem begleitende Massnahmen im Bereich Rauchstopp-Angebote, Unterstützung beim Nicht-Einstieg von Lehrlingen, rauchfreie Orte an der Schule usw.

Es fällt auf, dass im Kanton Bern ein Schwerpunkt auf die Entwicklung einer Grundhaltung gelegt wird. Die zuständigen Personen in den beiden Gemeinden hatten schon in anderem Zusammenhang gute Erfahrungen mit dem policyorientierten Ansatz gemacht und diesen deshalb auch im vorliegenden Pilotprojekt angewendet. Im Kanton Freiburg hingegen legen die Gemeinden einen Schwerpunkt in der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit (und praktisch nicht auf Umsetzungsprojekte).

3.3.2 MASSNAHMEN AUF EBENE VERHALTENSPRÄVENTION

Im Bereich der Verhaltensprävention zeichnen sich folgende Schwerpunkte ab:

Unterstützung beim Nicht-Einstieg

Die Massnahmen bezüglich Nicht-Einstieg richten sich an die Zielgruppen Kinder/Jugendliche, Eltern, Schulen, Lehrbetriebe sowie an die im Bereich Jugendsport tätigen Vereine.

- Anreize/Verpflichtung der Vereine zur Präventionsarbeit: In vier Gemeinden (ZH und BE) sind entsprechende Massnahmen vorgesehen. In einer Gemeinde wird beispielsweise diskutiert, Vereinen eine Prämie zu bezahlen, wenn sie sich im Präventionsprojekt „cool and clean“ engagieren. In einer anderen Gemeinde ist geplant, Benutzungsvorschriften von kommunalen Sportanlagen an Präventionsaktivitäten der Vereine zu koppeln.
- Teilnahme Schulen an bestehenden Projekten: In drei Gemeinden (ZH, VD) ist die Teilnahme der Schulen an bestehenden Präventionsprojekten wie zum Beispiel „Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“, „Experiment Nichtraucher“, vorgesehen beziehungsweise bereits umgesetzt.
- Lehrlingsprojekt in Betrieben: In drei Gemeinden (ZH, BE) sind Massnahmen in Zusammenarbeit mit Lehrbetrieben vorgesehen. Diese haben zum Ziel, die Lehrlinge beim Nicht-Einstieg beziehungsweise beim Ausstieg zu unterstützen und eine rauchfreie Umgebung zu schaffen.
- Weitere Massnahmen für die Zielgruppen: Spezifische Informationen für Eltern, Information der Vereine über Präventionsprojekte, Erarbeitung eines Konzepts zur Suchtprävention an Schulen, Durchführung einer Projektwoche beziehungsweise von Präventionsprojekten an der Schule.

Wie bereits im ersten Massnahmenbereich „Einschränkung Erhältlichkeit/Sichtbarkeit von Tabakprodukten“ haben auch hier die Zürcher und Berner Gemeinden ähnliche Massnahmen im Bereich „Anreize für Vereine“ sowie im Bereich Lehrlingsprojekte vorgesehen. Zudem machen in zwei Zürcher Gemeinden Schulen beim „Experiment Nichtraucher“ mit.

Unterstützung beim Ausstieg

- Unterstützung von Gemeindeangestellten: In zwei Gemeinden (VD) sind konkrete Unterstützungsmassnahmen für Gemeindeangestellte vorgesehen. In einer Gemeinde sind Massnahmen in Zusammenarbeit mit Betrieben geplant (BE).
- Breite Bevölkerung: Durchführung von Rauchstopp-Kursen, Werbung für nationalen Rauchstopp-Wettbewerb, Aktionen zusammen mit der Apotheke und Luftibus.
- Jugendliche: In einer Gemeinde (BE) sind Kurzinterventionen von Streetworkern vorgesehen.
- Gemeinderäte als Vorbilder: In einer Gemeinde (ZH) haben sich zwei Gemeinderäte bereit erklärt, an einem Rauchstoppversuch teilzunehmen.

3.4 FAZIT ZU DEN MASSNAHMEN AUF NATIONALER, KANTONALER UND KOMMUNALER EBENE

Insgesamt zeigt sich, dass sich die Massnahmen auf nationaler und kantonaler beziehungsweise regionaler Ebene sehr bewährt haben. Insbesondere die Begleitung der Gemeinden durch die externen Fachberater/-innen scheint ein wichtiger Erfolgsfaktor für den Projektverlauf zu sein. Auf kommunaler Ebene waren bis Mitte 2009 in allen vom Gesamtprojekt vorgegeben Bereichen Massnahmen geplant, mit Ausnahme des Bereichs Tabakwerbung. Umgesetzt worden sind bis zu diesem Zeitpunkt jedoch erst vereinzelte Massnahmen.

Aufgrund des frühen Zeitpunkts der Durchführung der Evaluation lassen sich erst allgemeine Erkenntnisse bezüglich Wirkungen auf Outcome- und Impactebene ableiten. In diesem Kapitel werden erstens die Erwartungen der Gemeinden bezüglich des Pilotprojekts und ihre Zufriedenheit damit betrachtet (Abschnitt 4.1). Zweitens wird die Akzeptanz des Massnahmenplans in den Gemeinden dargestellt (Abschnitt 4.2). Drittens werden die Wirkungen in Bezug auf die Vernetzung aufgezeigt (Abschnitt 4.3). Viertens wird möglichen Wirkungen der Massnahmen nachgegangen (Abschnitt 4.4). Fünftens werden die fördernden und hemmenden Faktoren aus Sicht der kantonalen/regionalen Fachberater/-innen dargestellt (Abschnitt 4.5), und es wird ein Fazit gezogen (Abschnitt 4.6).

4.1 ERWARTUNGEN UND NUTZEN DES PROJEKTS

Die externen Fachberater/-innen wurden im Rahmen der Selbstevaluation gefragt, welche Erwartungen die Gemeinden an das Pilotprojekt haben. Diese äussern sich wie folgt:

Auf struktureller Ebene formulierten die Gemeinden die Erwartungen, dass das Pilotprojekt den Aufbau von Präventionsstrukturen unterstützt, die Koordination im Bereich der Tabakprävention fördert, die Vernetzung vorantreibt und der Gemeinde einen Imagegewinn bringt. Ausser dem Imagegewinn konnten die Erwartungen aus Sicht der Gemeinden mehrheitlich erfüllt werden, zudem hat sich gezeigt, dass sich dank dem Pilotprojekt die politischen Akteure vermehrt mit dem Thema Tabakprävention auseinander setzen.

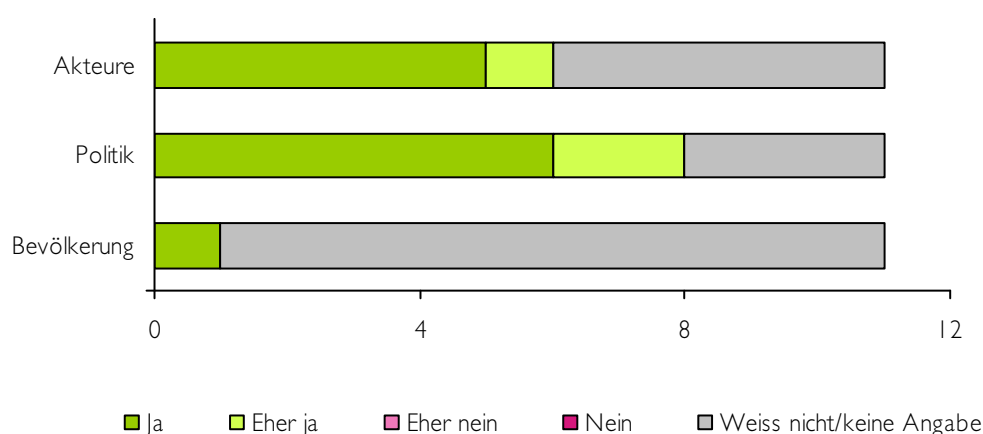
Auf der Massnahmenebene erwarteten die Gemeinden eine bessere Information und Sensibilisierung der Bevölkerung, positive und nachhaltige Massnahmen im Bereich Tabakprävention (z.T. bis zu „fixfertigen Produkten“ zur Umsetzung) sowie eine Unterstützung beziehungsweise Legitimation bei der Einführung der rauchfreien Verwaltung. Den tatsächlichen Nutzen sehen sie in der Unterstützung bei der Entwicklung und Implementierung von Massnahmen. Bisher nicht erfüllt hat sich die Erwartung, dass das Pilotprojekt fixfertige Massnahmen zur Verfügung stellt und dass die Bevölkerung bereits stärker sensibilisiert ist. Dafür ist der Zeitpunkt der Evaluation wohl zu früh.

4.2 AKZEPTANZ DES MASSNAHMENPLANS

Weiter wurden die externen Fachberater/-innen im Rahmen der Selbstevaluation nach der Akzeptanz des Massnahmenplans in der Bevölkerung, der Politik sowie bei weiteren Akteuren gefragt. Darstellung D 4.1 zeigt auf, dass zehn der elf Befragten keine Angaben zur Akzeptanz in der Bevölkerung machen konnten. Vermutlich liegt dies am frühen Zeitpunkt der Befragung. In Bezug auf die Politik und die verschiedenen Akteure konnte die Akzeptanz besser beurteilt werden: Es wurde von keiner Fachberater/-

rin/keinem Fachberater geschrieben, dass diese beiden Gruppen den Massnahmenplan nicht akzeptierten. Der Grund liegt wahrscheinlich auch darin begründet, dass das von RADIX geforderte Vorgehen erstens ein politisches Commitment verlangte und zweitens der Massnahmenplan in einem partizipativen Prozess erarbeitet worden ist. Die Akzeptanz des Prozesses zur Erarbeitung des Massnahmenplans wurde wie der Massnahmenplan selbst mehrheitlich positiv beurteilt. Dieses Ergebnis steht teilweise im Widerspruch zu den Aussagen der telefonisch befragten Fachberater/-innen und Gemeindevertretungen: Verschiedene Befragte waren der Meinung, dass der Prozess zur Erarbeitung des Massnahmenplans zu aufwändig war und sie fertige Massnahmenmodule bevorzugt hätten.

D 4.1: AKZEPTANZ DES MASSNAHMENPLANS IN DEN GEMEINDEN (ANZAHL NENNUNGEN)



Quelle: Selbstevaluationsraster, Einschätzung der kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatern, Stand Juni 2009

4.3 WIRKUNG BEZÜGLICH VERNETZUNG

Wie bereits im Abschnitt 2.3 aufgezeigt werden konnte, haben sich gute Kooperationen zwischen RADIX und den kantonalen/regionalen Fachstellen sowie zwischen den Fachstellen und den Gemeinden ergeben. Eine eigentliche Vernetzung zwischen den Akteuren fand jedoch innerhalb der Gemeinden statt. Diese Vernetzung wird im Rahmen der Selbstevaluationen auch als ein wichtiger Nutzen des Pilotprojekts erwähnt. Gerade in Gemeinden, in welchen vorher noch keine Präventionsstrukturen bestanden hatten, haben sich neue Kooperationen ergeben. Die Frage ist, wie dauerhaft diese Vernetzungen sind, wenn das Projekt abgeschlossen ist.

Die Deutschschweizer Fallstudie zeigt, dass die Vernetzung zwischen Verwaltung, Schule und Jugendarbeit im Rahmen der Projektgruppe gelungen ist. Noch im Aufbau ist die Vernetzung mit den Vereinen sowie der Gastronomie/den Betrieben. Die Gemeinde hofft, dass diese Akteure in die Projektumsetzung eingebunden werden können. Hemmend dabei ist, dass diese Akteure das Thema Tabak nicht als besonders wichtig erachten und dass im ehrenamtlichen Bereich Leute fehlen, die solche Projekte umset-

zen wollen. In der französischsprachigen Fallstudie wurde bisher vorwiegend das Netzwerk der bestehenden interkommunalen Arbeitsgruppe genutzt. Das Pilotprojekt hatte bezüglich einer weitergehenden Vernetzung (noch) keine Wirkung gezeigt.

4.4 WIRKUNG DER MASSNAHMEN

Die externen Fachberater/-innen wurden gebeten, bei bereits umgesetzten Massnahmen Wirkungen in Bezug auf die Erreichung der Zielgruppen, Sichtbarkeit der Wirkungen und Zielerreichung der Massnahme zu benennen. Erst fünf Gemeinden hatten Mitte 2009 überhaupt Massnahmen soweit umgesetzt, dass dazu Angaben gemacht werden konnten. Im Folgenden werden drei Beispiele aufgeführt: Eine Gemeinde im Kanton Waadt, welche bereits vor dem Projekt geplante Massnahmen im Bereich der rauchfreien Verwaltung umsetzte, gab an, dass diese grundsätzlich wirksam waren. In einer Gemeinde im Kanton Zürich ist eine Schul-, Sport- und Freizeitanlage rauchfrei geworden. Der zuständige regionale Fachberater gab in der Selbstevaluation an, dass Wirkungen der Massnahmen sichtbar seien. In einer Gemeinde im Kanton Freiburg wurde eine Bevölkerungsinformation durchgeführt, aber die Wirkung dieser Massnahme ist nicht messbar.

Im Rahmen der Deutschschweizer Fallstudie hat sich gezeigt, dass die Wirkungen auf der Leistungsebene anzusetzen sind: Die Gemeinde hat verschiedene Massnahmen der Öffentlichkeitsarbeit umgesetzt. Die Reaktionen von Seiten der Bevölkerung waren gemischt; grundsätzlich wird das Projekt eher wohlwollend betrachtet. Die Reaktion der Vereine im Anschluss an eine Informationsveranstaltung über Präventionsmassnahmen war grundsätzlich interessiert. Die Medien hatten eher reisserisch über das Projekt informiert, was von der Projektgruppe als tendenziell negativen Nebeneffekt beurteilt worden ist. Die französischsprachige Fallstudie hat erste Wirkungen von umgesetzten Massnahmen aufgezeigt: Die Gebäude der Gemeindeverwaltung sind rauchfrei geworden, ohne dass es zu Widerständen der Angestellten gekommen wäre. An dieser Stelle muss jedoch erwähnt werden, dass die Wirkung auch ohne Pilotprojekt erreicht worden wäre: Rund neun Monate nach Einführung des Rauchverbots trat ein kantonales Gesetz zur Rauchfreiheit in öffentlichen Gebäuden in Kraft. Das Projekt hat aber dazu beigetragen, die Akzeptanz des Rauchverbots bei den Betroffenen zu erhöhen.

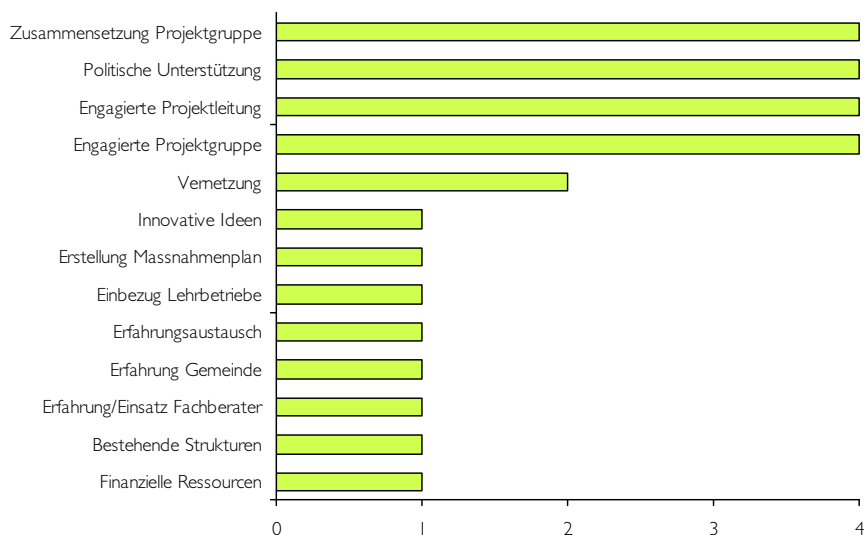
4.5 FÖRDERLICHE/HEMMENDE FAKTOREN

Im Rahmen der Selbstevaluationen wurden die externen Fachberater/-innen nach den fördernden und hemmenden Faktoren für die Zielerreichung des Projekts gefragt. Dabei zeigt sich folgendes Bild (vgl. Darstellungen D 4.2 und D 4.3):

- Am häufigsten wurden die Zusammensetzung und das Engagement der Projektgruppe, die politische Unterstützung in der Gemeinde sowie das Engagement der Projektleitung als fördernde Faktoren bezeichnet

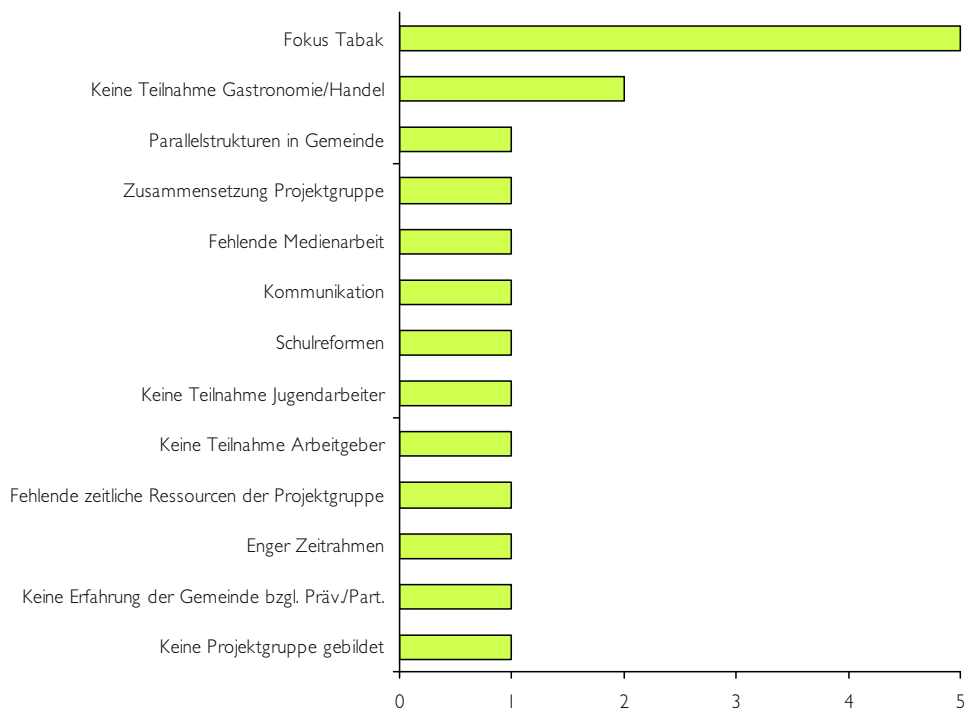
- Als häufigster hemmender Faktor wurde von den Fachberatenden das Thema Tabak genannt. Aus Sicht der Gemeinden bestünde in anderen Bereichen (Alkohol, Littering, Vandalismus) weit dringenderer Handlungsbedarf.

D 4.2: FÖRDERNDE FAKTOREN FÜR ZIELERREICHUNG (ANZAHL NENNUNGEN)



Quelle: Selbstevaluationsraster, Einschätzung der kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatern, Stand Juni 2009

D 4.3: HEMMENDE FAKTOREN FÜR ZIELERREICHUNG (ANZAHL NENNUNGEN)



Quelle: Selbstevaluationsraster, Einschätzung der kantonalen (im Kanton Zürich regionalen) Fachberatern, Stand Juni 2009

4.6 FAZIT ZUM OUTCOME UND IMPACT

Unsere Daten zeigen, dass die Erwartungen der Gemeinden an das Pilotprojekt mehrheitlich erfüllt worden sind: Präventionsstrukturen konnten aufgebaut und Massnahmen entwickelt werden. Der Massnahmenplan wird von den verschiedenen Akteuren gut akzeptiert. Der Prozess zu dessen Erarbeitung wird von den Gemeinden jedoch tendenziell als zu aufwändig betrachtet, teilweise wären fixfertige Massnahmen erwünscht gewesen. Das Pilotprojekt hat zu einer verbesserten Vernetzung in den Gemeinden beigetragen. Es ist jedoch zu früh, um Aussagen zu den Wirkungen auf Massnahmenebene zu machen. Die Fokussierung auf das Thema Tabak wird als wichtigster hemmender Faktor in Bezug auf die Zielerreichung erachtet; die politische Unterstützung und das Engagement des zuständigen Exekutivmitglieds als bedeutendste Erfolgsfaktoren.

IMPRESSUM

CORNELIA FURRER, LIC. SCIENCES POLITIQUES

Cornelia Furrer war Physiotherapeutin und hat an den Universitäten Lausanne und Aix-en-Provence (F) Politikwissenschaften studiert. Seit 1998 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Interface tätig, seit 2004 leitet sie den Bereich Gesundheit. Themenschwerpunkte sind unter anderem Evaluationen von Massnahmen im Bereich der Prävention/Gesundheitsförderung und der Gesundheitsvorsorge. Im Rahmen von Beratungsmandaten beschäftigt sie sich auch mit der Entwicklung von Gesundheitskonzepten der öffentlichen Hand sowie der Ausgestaltung von Präventions- oder Gesundheitsförderungsprogrammen.

MANUELA OETTERLI, DIPL. NATW. ETH UND MPH

Nach Abschluss ihres Studiums war Manuela Oetterli während vier Jahren in der Fachstelle Gesundheit und Umwelt des Bundesamtes für Gesundheit tätig, wo sie bei der Entwicklung und Implementierung des Aktionsplans Umwelt und Gesundheit mitwirkte. Seit 2002 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin von Interface und hat das Nachdiplomstudium „Master of Public Health“ abgeschlossen. Im Rahmen von Evaluationen, Forschungsprojekten und Beratungsaufträgen befasst sie sich insbesondere mit Fragestellungen aus dem Bereich Public Health.

NORA WIGHT, LIC. PHIL. I

Nora Wight hat an der Universität Zürich Politikwissenschaften und Volkswirtschaft studiert. In ihrer Lizentiatsarbeit hat sie die Vergabekriterien der Schweizer Entwicklungshilfe mit quantitativen Analyseverfahren untersucht. Zu Beginn des Jahres 2008 hat sie ihr Studium abgeschlossen und ist seitdem als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Interface tätig. Sie arbeitet vorwiegend in der Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten.

ANDREAS BALTHASAR, PROF. DR. RER. POL.

Andreas Balthasar studierte an der Universität Bern Volkswirtschaft und Wirtschaftsgeschichte. Danach war er als Assistent am Forschungszentrum für schweizerische Politik an der Universität Bern tätig. 1985 promovierte Andreas Balthasar bei Professor E. Gruner, Professur für Sozialgeschichte und Soziologie der schweizerischen Politik. Er hat sich im Frühjahr 2007 an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern habilitiert.

WEITERE INFORMATIONEN

INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung

Seidenhofstr. 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Fax +41 (0)41 226 04 36

www.interface-politikstudien.ch

PROJEKTPREFERENZ

Luzern, 22. März 2010

Projektnummer: P09-05