

Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm 1999 – 2002

IPSO

S O Z I A L F O R S C H U N G
ein Kompetenzzentrum der IHA-GfK



Institut für Politikstudien

I N T E R F A C E

AGF INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN UNIVERSITÄT BERN **ISPM**

Das Alkoholprogramm 1999-2002 "Alles im Griff?"

Kurzbericht der Evaluation

Matthias Peters

Projektteam:

Matthias Peters, IPSO

Cornelia Furrer, Interface

Heinz Bolliger-Salzmann, ISPM Bern

Im Auftrag von

Bundesamt für Gesundheit

Kompetenzzentrum für Evaluation

Hergiswil, Oktober 2002

Inhaltsverzeichnis

1	Das Alkoholprogramm 1999-2002	3
1.1	Zur Entstehung des Programms	3
1.2	Das Umfeld des Alkoholprogramms	4
1.3	Beschrieb des Alkoholprogramms	5
2	Die Globalevaluation	9
2.1	Auftrag und Zielsetzung der Globalevaluation	9
2.2	Die Grundlage der Evaluation	10
2.3	Das Wirkungsmodell	11
2.4	Zum Verlauf der Globalevaluation	12
3	Methodik	13
4	Die wichtigsten Ergebnisse der Evaluation	16
4.1	Evaluationsfrage 1: Ist die Konzeptualisierung des Alkoholprogramms samt der strategischen Entscheide relevant?	16
4.1.1	Konzeptualisierung	16
4.1.2	Strategie	21
4.2	Evaluationsfrage 2: Welche Stärken und Schwächen weist das gewählte Programm in bezug auf seine Umsetzung auf und ist es geeignet, um die anvisierten Ziele und Zielgruppen zu erreichen?	25
4.2.1	Umsetzung auf der Ebene des Programms	25
4.2.2	Umsetzung auf der Ebene der Teilprojekte	30
4.3	Evaluationsfrage 3: Durch welche Massnahmen werden die definierten Ziele und Zielgruppen erreicht und mit welchen Auswirkungen?	32
4.3.1	Die Leistungen des Programms (Output)	32
4.3.2	Die Auswirkungen des Programms (Outcome)	36
4.3.3	Die Einwirkungen des Programms (Impact)	41
4.4	Evaluationsfrage 4: Welchen Einfluss hat der Kontext auf die Ziele des Alkoholprogramms?	44
5	Schlussbetrachtung	46
6	Literatur	47

1 Das Alkoholprogramm 1999-2002

1.1 Zur Entstehung des Programms

Anfang der 90er Jahre begann sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Idee eines Massnahmenpakets Alkohol und Tabak zu befassen. Dieses Projekt sollte im legalen Drogenbereich jene Politik fortsetzen, die 1991 mit dem Massnahmenpaket Drogen (MaPaDro) im illegalen Bereich eingeleitet wurde. Um die Grösse einer möglichen Gegnerschaft zu beschränken, entschloss sich das BAG 1995, das Massnahmenpaket auseinander zu nehmen und den Tabakbereich vorrangig zu behandeln. So entstand das Massnahmenpaket Tabak 1996-1999.¹

Gleichzeitig liefen im BAG die Vorarbeiten für ein Massnahmenpaket Alkohol weiter. Dabei wurde darauf verzichtet, dem Bundesrat eine umfassende Alkoholpolitik inklusive gesetzgeberischer Massnahmen vorzuschlagen. Zudem konnte die Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) zur Mitarbeit und Mitfinanzierung gewonnen werden.

Der Bundesrat akzeptierte den Projektvorschlag des BAG am 14. Mai 1997, worauf mit der konkreten Ausarbeitung des ersten nationalen Programms zum Alkoholkonsum begonnen wurde. Damit wurde der Bund das erste Mal selber aktiv im Bereich der Alkoholprävention. Ab diesem Zeitpunkt begann auch die Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), die seit Jahren für Massnahmen plädiert und lobbyiert hatte.

Im März 1999 wurde das Programm öffentlich mit einer massenmedialen Kampagne mit Inseraten, Plakaten und TV-Spots gestartet.

¹ Bolliger-Salzman H., Cloetta B., Bähler G., Müller F., Hofmann C.(2000): Das Massnahmenpaket Tabak 1996-1999 des Bundesamtes für Gesundheit – Zusammenfassung des Schlussberichts der Evaluation, AGF/ISPM Bern

1.2 **Das Umfeld des Alkoholprogramms**

Das Alkoholprogramm steht in einem Umfeld, das sich in acht Punkten beschreiben lässt.

Erstens ist die Alkoholprävention in der Schweiz traditionellerweise eine **Aufgabe der Kantone** und verschiedener privater Institutionen. Die Kantone erhalten als finanzielle Unterstützung vom Bund den sogenannten Alkoholzehntel, der für die Bekämpfung der Ursachen und Wirkungen von Suchtproblemen zu verwenden ist.² Die Anstrengungen und institutionellen Voraussetzungen für die Alkoholprävention sind in den Kantonen sehr unterschiedlich, wie eine von der Stiftung für Alkoholforschung in Auftrag gegebene Studie zeigt.³

Zweitens konnten auf der gesellschaftlichen Ebene Veränderungen in der **Wahrnehmung von Alkohol** festgestellt werden. Einerseits traten seit Mitte der 90er Jahre die illegalen Drogen als Problem in den Hintergrund, während die Sorge um den Alkoholkonsum insbesondere der Jugend zunahm. Andererseits revidierten verschiedene abstinenzorientierte Organisationen ihre Haltung hin zu einem massvollen Umgang mit Alkohol. Diese Umstände begünstigten die Zielsetzung des Alkoholprogramms, welches einen moderaten Umgang mit Alkohol propagiert.

Drittens wurden auf den 1. Juli 1999 die **Steuern** auf importierte Spirituosen im Zuge der Umsetzung der GATT/WTO-Regeln reduziert, was zu einer Verbilligung von „harten“ alkoholischen Getränken führte. Eine Reduktion von bis zu 50 Prozent auf den Detailhandelspreisen war die Folge. In der Folge hat der Spirituosenkonsum um 12 Prozent zugenommen. Die Zunahme ist vor allem bei Männern festzustellen.⁴

Viertens ist die Lockerung der Gesetze im **Gastgewerbe** zu erwähnen, das Wirtepatent ist in vielen Kantonen nicht mehr obligatorisch. Somit fehlt ein Kanal zur Vermittlung der gesetzlichen Lage und der Problematik des Alkoholausschankes.

Fünftens ist im Zusammenhang mit einem Alkoholpräventionsprogramm auch die werbestarke **Alkoholindustrie** zu beachten. Im Ausland ist die Alkoholindustrie teilweise in Präventionsprogramme eingebunden. Eine Zusammenarbeit mit der Alkoholindustrie kam für das BAG jedoch nicht in Frage.

² nBV Art. 131 Absatz 3.

³ Sager F.; Vatter A. (2000)

⁴ SFA (2000)

Sechstens besteht ein "**Nationaler Alkoholaktionsplan 2000**" (NAAP), der durch die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKA) ausgearbeitet wurde und auf den Alkoholaktionsplan der WHO bezug nimmt. Ziel ist "die Verminderung und Verhütung von Schäden und menschlichem Leid, welche durch den nicht angemessenen Umgang mit alkoholischen Getränken entstehen."⁵

Siebtens hat der Bundesrat im Januar 2002 für das **Radio- und TV-Gesetz** (RTVG) die Stossrichtung für die Erarbeitung der Botschaft festgelegt. Sie sieht vor, dass bei den privaten Radio- und TV-Stationen Werbung für Bier und Wein, nicht aber für Spirituosen, zugelassen wird.⁶

Achtens sind die in Aussicht stehenden oder zu erwartenden Änderungen im Bereiche des **Strassenverkehrsgesetzes** (SVG) zu erwähnen. Zum einen ist die ab 2004 gültige Bestimmung zu erwähnen, dass neu die zuständigen Kontrollorgane auch ohne Verdachtsmomente eine Atemprobe anordnen können, und zum andern der Führerausweis auf Probe. Im weiteren scheint die Verordnung über die Blutalkoholgrenzwerte im Strassenverkehr im Parlament auf gutem Wege zu sein, was eine Senkung auf 0.5 Promille ab 2004 bedeuten würde. Diese Veränderungen sind aus der Sicht des Alkoholprogramms als positiv zu beurteilen.

1.3 **Beschrieb des Alkoholprogramms**

Das Alkoholprogramm ist ein **Präventionsprogramm** und vorerst auf vier Jahre, von 1999 bis 2002, angelegt.

Das **Globalziel** ist die "*Reduktion risikoreicher Trinkmuster in der Bevölkerung*" (vgl. unten). Unter dem Namen "Alles im Griff?"⁷ und dem Symbol eines Flaschenöffners soll die Bevölkerung informiert, sensibilisiert und zu einem risikoarmen Alkoholkonsum angeregt werden.

⁵ Der Alkoholaktionsplan enthält die Grundzüge einer eigentlichen Alkoholpolitik, welche durch drei Säulen gekennzeichnet ist: Prävention (inklusive Steuerungsmassnahmen), Schadensverminderung und Therapie. Das Alkoholprogramm wird darin als Element der ersten Säule erwähnt und seine Weiterführung über 2002 hinaus empfohlen. Zur Zeit wird eine Zusammenarbeit zwischen der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EAK) und den interessierten Kantonen entwickelt.

⁶ Im Juni stimmte der Ständerat einer parlamentarischen Initiative für eine Teilrevision des RTVG zu, die Bier- und Weinwerbung gestatten will. Am 13.11.2002 hat die Fernmeldekommision des Nationalrats eine vorgezogene Teilrevision jedoch abgelehnt. Das Geschäft wird als nächstes im Nationalrat behandelt.

⁷ "Ca débouche sur quoi?" bzw. "Che ci cavi?"

Risikoreicher Konsum wird im Programm wie folgt definiert:

Darstellung 1: Definition der risikoreichen Trinkmuster

Risikoreiche Trinkmuster⁸	Definition
Chronisches Trinken	Täglich mehr als zwei (für Frauen) oder drei (für Männer) Gläser eines alkoholischen Getränks ⁹
Episodisches Rauschtrinken	Ab vier (für Frauen) oder fünf (für Männer) Gläser eines alkoholischen Getränks bei mehr als zwei Trinkereignissen pro Monat
Nicht der Situation angemessenes Trinken	Keine Abstinenz vor dem Autofahren, bei Schwangerschaft, Medikamenteneinnahme etc.

Um **Sensibilisierung und Problembewusstsein** konkret zu fassen, wurde das Transtheoretische Modell nach Prochaska¹⁰ verwendet, das die Verhaltensänderungen an Hand eines Stufenmodells darstellt:

Darstellung 2: Das Stufenmodell von Prochaska¹¹

	Stufe	Charakteristik
1.	Vormotivationale Phase (Precontemplation)	Keine kritische Reflexion über das eigene Verhalten, kein Veränderungswille
2.	Motivationale Phase (Contemplation)	Problembewusstsein vorhanden, eine Verhaltensänderung wird erwägt
3.	Vorbereitungsphase (Preparation)	Ernsthafter Wille zur Verhaltensänderung
4.	Aktionsphase (Action)	Das Verhalten wird geändert
5.	Aufrechterhaltungsphase (Maintenance)	Die Verhaltensänderung wird aufrecht erhalten

Das Alkoholprogramm will aber noch nicht auf allen Stufen des Modells etwas bewirken. Es zielt vorerst "nur" darauf ab,

- risikoreich Konsumierende von der vormotivationalen Phase in die motivationale Phase zu bringen und

⁸ Eine Kombination der verschiedenen Formen des Risikokonsums ist möglich (Risikokumulation).

⁹ Unter einem Glas alkoholischen Getränks werden 12 Gramm reinen Alkohols verstanden.

¹⁰ z.B. Grimley et al. (1994)

¹¹ Gemäss dem theoretischen Modell durchläuft eine Person für eine Verhaltensänderung alle fünf Stufen, die als idealtypisch zu sehen sind. Dabei gibt es in den seltensten Fällen einen linearen Verlauf, Rückschläge und damit Wiederholung einer oder mehrerer Stufen gehören zur Regel.

- risikoreich konsumierende Personen von der motivationalen Phase zum Handeln (Aktionsphase) zu bewegen.

Die konkreten **Ziele** für die angestrebte Sensibilisierung und Erhöhung des Problembewusstseins definiert das Alkoholprogramm unter bezug auf die Trinkmuster folgendermassen:¹²

"Bei den episodischen RauschtrinkerInnen mit Schwergewicht in der Zielgruppe der 20-30jährigen soll der Anteil der Personen in der vormotivationalen Phase von 78%¹³ auf 70% reduziert werden, unter gleichzeitiger Beibehaltung eines konstanten Anteils bei den chronischen und risikokumulierenden AlkoholtrinkerInnen. Der Anteil von nicht- oder risikoarm konsumierenden Personen soll unverändert bleiben. Zudem sollen Personen in der motivationalen Phase für die nächsten Schritte zur Verhaltensänderung motiviert werden."

Das Alkoholprogramm stützt sich auf das **Social Marketing-Konzept** von Andreasen, der den Ansatz von Kotler¹⁴ mit dem Transtheoretischen Modell von Prochaska verknüpft und weiter entwickelt.¹⁵ Ziel des Social Marketing ist es, im sozialen Kontext Verhaltensänderungen zu bewirken. Dies geschieht im wesentlichen dadurch, dass Verhaltensweisen wie "Produkte" bewertet und vermarktet werden. Dadurch soll erreicht werden, dass unerwünschte Verhaltensweisen aufgegeben und erwünschte übernommen werden.

Die **Massnahmen** des Programms gliedern sich in sechs Teilprojekte mit eigenen Zielsetzungen und -gruppen.

- Wichtigstes Teilprojekt in bezug auf Sichtbarkeit und Budget (ca. 70%) ist das Teilprojekt **Kampagne**. Neben einer allgemeinen Sensibilisierung der Bevölkerung soll insbesondere das Problembewusstsein der Risikogruppe der "episodischen RauschtrinkerInnen" zwischen 20 und 30 Jahren erhöht werden.
- Im Teilprojekt **Partneraktivitäten** werden den regionalen und kommunalen Präventionsfachstellen und Alkoholberatungen gratis Plakate und Werbematerialien zum Verteilen abgegeben. Die Partner können kostenlos ihre eigene Anschrift in die Plakate des Programms eindringen lassen, für den Aushang zeichnen sie selber verantwortlich.

¹² Ziele AiG? 1999-2001(internes Arbeitspapier, o.J., o.O.)

¹³ Diesen Wert ergab 1998 eine repräsentative Bevölkerungsbefragung (18-74 Jahre), vgl. Müller et al. (1999)

¹⁴ Kotler (1975) oder Kotler & Roberto (1991)

¹⁵ Andreasen (1995)

- Zielgruppe des Teilprojekts **Ärzte** (Start im Januar 2000) sind die medizinischen GrundversorgerInnen, denen das Teilprojekt eine Fortbildung in der Gesprächstechnik für Kurzinterventionen¹⁶ anbietet. Die Ärztinnen und Ärzte sollen einerseits auf die möglichst frühzeitige Erkennung der PatientInnen mit risikoreichem Alkoholkonsum sensibilisiert werden. Zum andern geht es darum, sie zu motivieren, diese PatientInnen im Sinne einer Kurzintervention auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen.
- Das Teilprojekt **Internet** ist ebenfalls im massenmedialen Bereich angesiedelt. In erster Linie soll der Internetauftritt auf spielerische Weise allen Surfern die Präventionsbotschaften und Informationen des Alkoholprogramms vermitteln. Zudem soll mit der Website das Programm dokumentiert werden.
- Das Teilprojekt **Gemeinden** richtet sich an Gemeinden mit 5'000 bis 50'000 Einwohnern. Im Dezember 2000 als Pilotprojekt gestartet, soll das Teilprojekt den politischen Willen auf lokaler Ebene fördern und die Gemeinden dazu anregen, eine lokale Alkoholpolitik zu beschliessen und umzusetzen.
- Lediglich im Jahre 2000 war das Teilprojekt **Helpline** (Nationales Beratungstelefon) aktiv. Vorbild dafür war die Alco-line, eine auf Alkoholprobleme spezialisierte telefonische Anlaufstelle, die von den Kantonen Genf und Waadt lanciert wurde. Als Träger der Helpline wurde die etablierte Telefonnummer 143 gewonnen, die anonyme telefonische Beratungen rund um die Uhr anbietet. Ziel war es, Anrufenden mit einem Alkoholproblem ein sachgerechtes Gespräch zu bieten und kompetent über weiterführende Adressen zu informieren.

Das Alkoholprogramm kennt drei **Leitungsgremien**: Die Aufsicht als oberstes Organ legt die Rahmenbedingungen fest, der Ausschuss ist für die Steuerung zuständig. Beide Gremien setzen sich aus Mitgliedern der drei Trägerinstitutionen BAG, EAV und SFA zusammen. Für die Umsetzung des Programms zuständig ist die Programmleitung, die nicht innerhalb des BAG angesiedelt ist, sondern ausgelagert wurde.

Zur Beratung und kritischen Begleitung des Alkoholprogramms existiert eine Begleitgruppe. Ihre Mitglieder rekrutieren sich aus der ehemaligen Begleitgruppe der Drogen-Kampagne sowie VertreterInnen von Organisationen aus den Bereichen Alkohol, Medizin und Prävention.

¹⁶ vgl. Stoll B, Daeppen J.-B., Decrey Wick H. (1999) und Stoll B. (2000)

2 Die Globalevaluation

2.1 Auftrag und Zielsetzung der Globalevaluation¹⁷

Auftrag und Zielsetzung der Evaluation wurden vom BAG wie folgt beschrieben: *"Die Globalevaluation des Alkoholprogramms 1999-2002 soll in erster Linie die Konzeptualisierung und die Umsetzung aber auch die Wirkung der darin enthaltenen Massnahmen untersuchen und analysieren und, gestützt darauf, Empfehlungen für das weitere Vorgehen formulieren. Dabei sollen alle verfügbaren Daten (...) beigezogen und ausserdem einige "outputs" des Alkoholprogramms berücksichtigt werden. Besonderes Augenmerk ist in der Analyse auf die unterschiedliche Art der Informationsvermittlung des Alkoholprogramms und ihre jeweilige Wirkung zu richten."*¹⁸

Das BAG formulierte vier **Evaluationsfragen** (Bundesamt für Gesundheit 2000, S. 17):

1. Ist die Konzeptualisierung des Alkoholprogramms samt der strategischen Entscheide relevant (Problemdefinition, gewählte Strategie, Zielfestlegung, Zielgruppen, Vergleich mit andern Modellen)?
2. Welche Stärken und Schwächen weist das gewählte Programm in bezug auf seine Umsetzung auf und ist es geeignet, um die anvisierten Ziele und Zielgruppen zu erreichen?
3. Durch welche Massnahmen werden die definierten Ziele und Zielgruppen erreicht und mit welchen Auswirkungen?
4. Welchen Einfluss hat der Kontext (politisch, ökonomisch, sozial, kulturell, regional etc.) auf die Ziele des Alkoholprogramms?

Der vorliegende Kurzbericht stützt sich auf den Schlussbericht der Globalevaluation¹⁹, der die empirischen Befunde im Detail aufzeigt.

¹⁷ Der Begriff Globalevaluation meint eine Evaluation, die ein ganzes Massnahmenpaket bzw. eine Gesamtstrategie zum Gegenstand hat. Gegenstand der Evaluation ist ein ganzes Massnahmenbündel und nicht dessen einzelne Teile bzw. Projekte oder Programme (Bundesamt für Gesundheit 1997, S. 67)

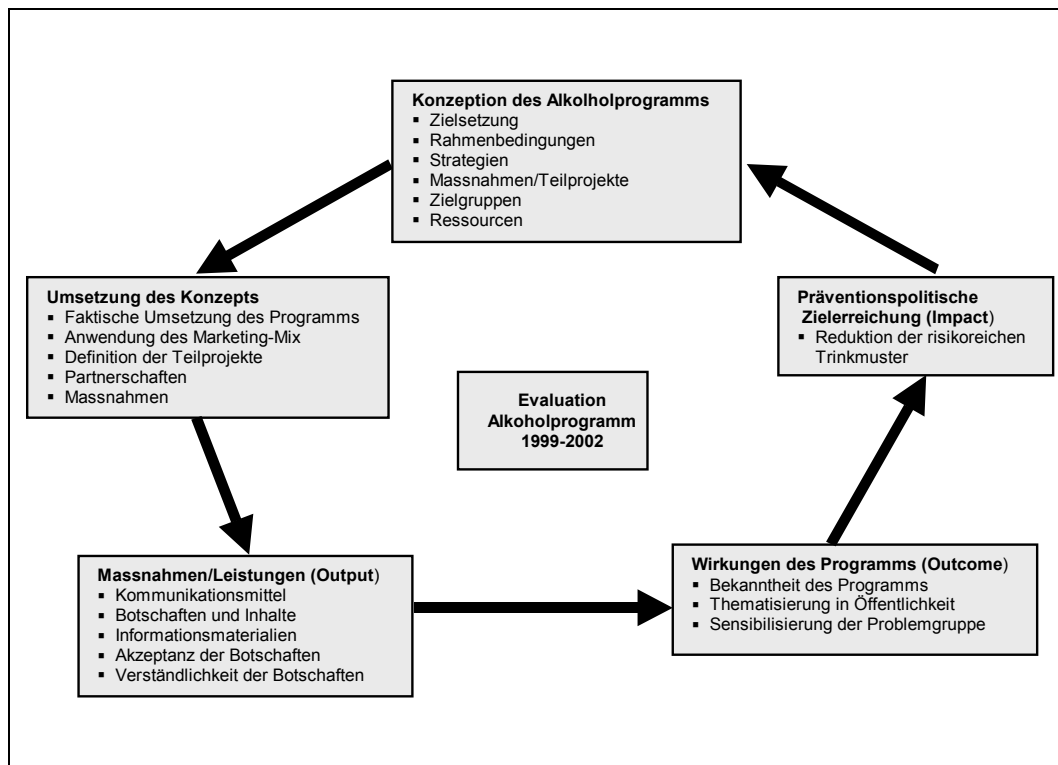
¹⁸ Bundesamt für Gesundheit (2000, S. 13)

¹⁹ vgl. Peters (2002)

2.2 Die Grundlage der Evaluation

Grundlage für die Gestaltung des Evaluationskonzepts bildeten die aus der wissenschaftlichen Evaluation bekannten Stufen der Wirkungsentfaltung:²⁰

Darstellung 3: Evaluationsgegenstände und Wirkungszusammenhänge



Insbesondere zu unterscheiden sind Auswirkungen und Einwirkungen. Als Auswirkungen (outcome) werden bezeichnet "Resultate eines Programms/Projekts, die verglichen mit den gesetzten Zielen durch die Leistungen (outputs) verschiedener Partner erzielt werden." Einwirkungen (impacts) sind "positive und negative, primäre und sekundäre langfristige Wirkungen (Folge- und Nebenwirkungen) eines Programms/Projekts, die direkt oder indirekt, beabsichtigt oder nicht beabsichtigt, erwünscht oder nicht erwünscht sein können."²¹

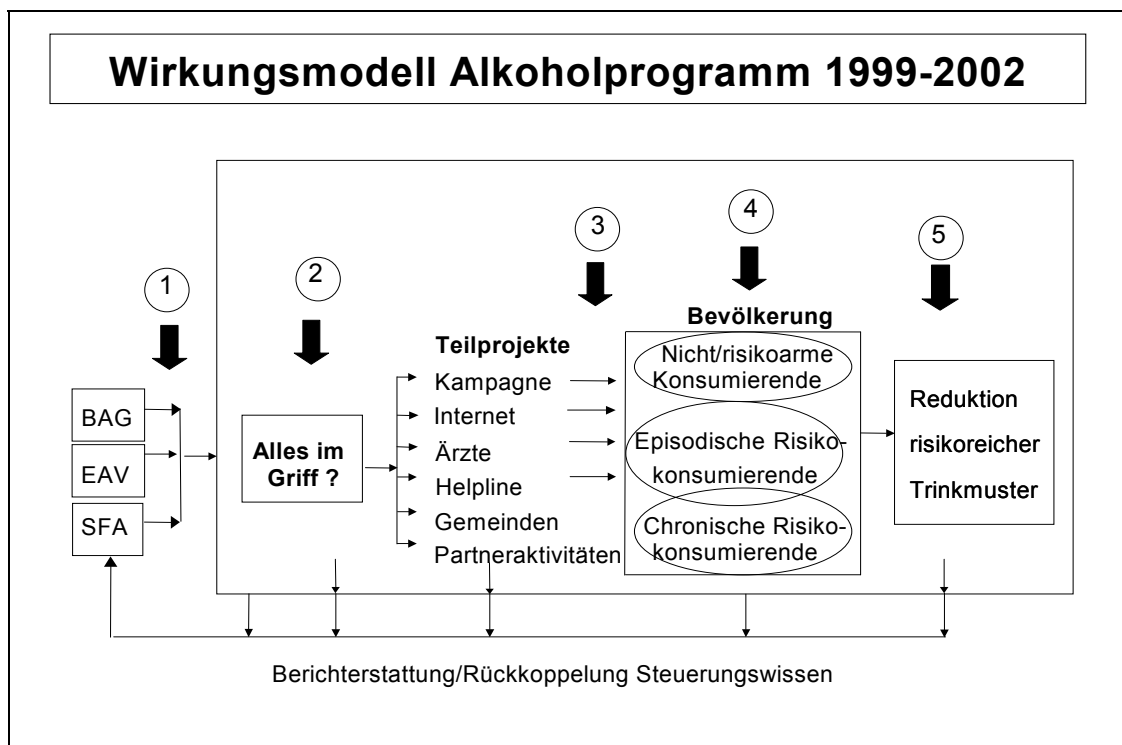
²⁰ z.B. Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (2002)

²¹ Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (2002, S. 2 und 4)

2.3 Das Wirkungsmodell

Das Wirkungsmodell beschreibt vereinfacht, wie das Programm aufgebaut ist und wie es, gestützt auf die evaluatorische Problemstellung, evaluiert werden soll (vgl. Ziffern 1 bis 5):

Darstellung 4: Wirkungsmodell



Aus dem Wirkungsmodell ergeben sich 5 Module für die Evaluation, die auf die Evaluationsfragen (vgl. S. 9) antworten:

Modul 1: Konzeptevaluation

Evaluation der strategischen Entscheide (Problemdefinition, Strategiefindung, Wahl des theoretischen Ansatzes, Festlegung der Zielgruppen und Ziele, Entscheid für Marketing-Ansatz) und Evaluation des Entscheidungsprozesses; beantwortet die Evaluationsfrage 1

Modul 2: Umsetzungsevaluation

Evaluation der Umsetzung der Strategie sowie der konkreten Organisation des Programms und der Zusammenarbeit der Organe des Programms; beantwortet die Evaluationsfrage 2.

Modul 3: Outputevaluation

Evaluation der sichtbaren "Produkte", Massnahmen und Botschaften in bezug auf ihre Übereinstimmung mit den Zielen und

ihre Akzeptanz und Verständlichkeit; beantwortet teilweise die Evaluationsfrage 3.

Modul 4: Outcome-Evaluation

Evaluation der vielfältigen Massnahmen des Programms in bezug auf Wahrnehmung, Beurteilung und Zielerreichung bei den jeweiligen Zielgruppen einer Massnahme; beantwortet teilweise die Evaluationsfrage 3.

Modul 5: Impactevaluation

Evaluation der Wirkung des Programms im Sinne der Reduktion der risikoreichen Trinkmuster in der Gesellschaft, insbesondere bei den primären Zielgruppen; beantwortet teilweise die Evaluationsfrage 3.

Der Einfluss des Kontexts auf das Programm (vgl. Evaluationsfrage 4) wurde vor allem in den Modulen 1, 2 und 4 untersucht.

2.4 Zum Verlauf der Globalevaluation

Wie es das Wirkungsmodell nahe legt, bestand die 1. Phase der Globalevaluation (August 2000 bis August 2001) in erster Linie in der Evaluation von Konzept und Umsetzung des Programms (Module 1 und 2). Der dabei entstandene Zwischenbericht²² wurde im August 2001 präsentiert und beeinflusste die Planung des Programms für das letzte Programmjahr 2002.

Der ursprüngliche Fokus auf die 5 Module, wie er im Wirkungsmodell deutlich wird, musste im Laufe der Evaluation geändert werden. Aufgrund der unterschiedlichen zeitlichen Entwicklung der Arbeiten (sprich Teilprojekte) im Programm erwies es sich nicht als gangbar, die jeweiligen Module zu einem bestimmten Zeitpunkt quer durch das Programm zu analysieren. Vielmehr verschob sich der Fokus auf eine längsschnittorientierte Betrachtung des Programms und seiner verschiedenen Teilprojekte. Dabei wurden, je nach Stand der Arbeiten, aber immer alle Aspekte, von der Konzeption bis zur Wirkung untersucht.

In der 2. Phase (September 2001 bis August 2002) standen unter dem Fokus auf die Module 3 bis 5 (Output, Outcome und Impact) die Teilprojekte des Programms im Vordergrund.

²² Furrer (2001)

3 Methodik

Es wurden die verfügbaren Dokumente des Programms analysiert, zahlreiche bereits bestehende Berichte ausgewertet sowie prozessproduzierte Daten aus den Teilprojekten und eingekaufte Daten verwendet:

- Qualitative Analyse der Protokolle von Ausschuss, Aufsicht und Begleitgruppe sowie anderer Dokumente des Programms (Organigramm, Programmbroschüre 2001, Verträge für die Teilprojekte etc.)
- Auswertung der bestehenden Berichte zu den Pretests der Kampagnen 1999²³, 2000²⁴, 2001²⁵ und 2002²⁶ sowie zu den Posttests der Kampagnen 1999²⁷, 2000²⁸ und 2001²⁹
- Auswertung des Berichts zur Baseline-Befragung von 1998³⁰ und der Nachbefragung von 2000³¹
- Auswertung von Statistiken der Teilprojekte Partneraktivitäten, Ärzte und Gemeinden
- Platzierung von Fragen im Internetforum der American Evaluation Association
- Analyse der prozessproduzierten Daten (Web-Statistiken der Website www.alles-im-griff.ch)
- Analyse eingekaufter Paneldaten zur Nutzung der Website des Alkoholprogramms (Digital Media Audience Ratings aus dem at home Panel von MMXI Switzerland)

Daneben wurden zahlreiche eigene Datenerhebungen durchgeführt, die in Darstellung 5 (vgl. folgende Seiten) beschrieben sind.

²³ SCOPE (1999)

²⁴ IPSO (1999)

²⁵ Sparks AG (2001)

²⁶ Ernest Dichter SA (2001)

²⁷ IPSO (1999)

²⁸ IPSO (2001a)

²⁹ IPSO (2001b)

³⁰ Müller et al. (1999)

³¹ Müller et al. (2001)

Darstellung 5: Übersicht über die eigenen Datenerhebungen

Nr.	Datenquelle (Grundgesamtheit/Stichprobe)	Modul	Wichtigste Themen	Methode der Datenerhebung	Anzahl Befragte	Zeitpunkt
1	Beteiligte am Programm / Vollerhebung (Ersterhebung)	1	Hintergründe und Prozesse der Konzeptualisierung und Umsetzung, zentrale Überlegungen und Beurteilung des Ergebnisses	persönliche Interviews, leitfadengestützt, strukturiert, qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000), Ausschöpfung 100%	11	Feb/Juni 01
2	Beteiligte am Programm / Vollerhebung (Zweitbefragung)	1	Veränderungen auf Konzeptebene und in der Umsetzung	persönliche oder telefonische Interviews, leitfadengestützt, strukturiert	7	Juli/Aug 02
3	Beteiligte an den Teilprojekten / gezielte Stichprobe (z.T. gleiche Personen wie oben)	1, 2	Konzeptualisierung und Umsetzung der Teilprojekte, Massnahmen und Produkte	persönliche und telefonische Interviews, wenig strukturiert, Ausschöpfung 100%	7 11	März/Sept 01 Feb/Aug 02
4	Experten der Sucht- und Präventionsszene / gezielte Stichprobe	1, 2	Bekanntheit von Konzeptualisierung und Umsetzung des Programms, Beurteilung von Konzept und Umsetzung	persönliche Interviews, leitfadengestützt, strukturiert, qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	23	März/Sept 01
5	Präventions- und Suchtfachleute / Zufallsstichprobe	2,3	Bekanntheit und Beurteilung des Programms und seiner Teilprojekte und der Massnahmen	telefon. Interviews, standardisierter Fragebogen, offene Fragen, Ausschöpfung 86%	81	Dez 01/Jan 02
6	Medienschaffende / geschichtete Zufallsstichprobe	3	Beachtung und Behandlung von Präventionsprogrammen, Bekanntheit und Beurteilung des Programms, seiner Teilprojekte und Massnahmen	telefonische Interviews, leitfadengestützt, strukturiert	33	Okt/Nov 01
7	Präventionsfachleute und Kantonsvertreter / gezielte Auswahl (dt. CH)	2	Beurteilung der Nachhaltigkeit und Möglichkeiten der Verankerung	Gruppendiskussion	6	Okt 01

Nr.	Datenquelle (Grundgesamtheit/Stichprobe)	Modul	Wichtigste Themen	Methode der Datenerhebung	Anzahl Befragte	Zeitpunkt
8	Präventionsfachleute und Kantonsvertreter / gezielte Auswahl (fr./it. CH)	2	Beurteilung der Nachhaltigkeit und Möglichkeiten der Verankerung	telefonische Interviews, leitfadengestützt, strukturiert	5	Juli/Aug 02
9	episod. Risikokonsumierende, 20-35 J. / Zufallsstichprobe	3	Wahrnehmung und Verständnis der Kampagne 2001	persönliche Interviews, leitfadengestützt, strukturiert	20	Juni/Juli 01
10	episod. Risikokonsumierende, 20-35 Jahre (Zweitbefragung)	3	Veränderungen in Problemwahrnehmung und Verhalten seit dem Vorjahr	telefonische Interviews, leitfadengestützt, strukturiert	7	März/Juni 02
11	Ärzte (Teilnehmer bzw. Nichtteilnehmer an Weiterbildungskursen des TP Ärzte) / Zufallsstichprobe	2, 3	Beurteilung der Kurse und Veränderungen im Interventionsverhalten seit Kursbesuch bzw. Präventionsbedarf, Gründe für Nichtteilnahme, Interventionsverhalten	telefonische Interviews, standardisierter Fragebogen mit offenen Fragen, Ausschöpfung Teilnehmer: 65% netto / Nicht-Teilnehmer: 53% netto	49 Teilnehmer, 102 Nichtteilnehmer	Juli/Aug 02
12	Internet-Surfer, 15-25 Jahre (dt. CH) / Zufallsstichprobe	1	Surfverhalten, Kriterien der Spielbeurteilung	telefonische Interviews, leitfadengestützt, strukturiert	7	Juli 02
13	Internet-Experten / gezielte Stichprobe	1	prozessproduzierte Daten, Messinstrumente im Internet	persönliche oder telefonische Informationsgespräche	3	Juni 02
14	Projektleiter in den Gemeinden des TP Gemeinden / Vollerhebung	2, 3	Stand der Dinge, Gründe für Teilnahme der Gemeinden, "Verkaufsargumente"	telefonische Interviews, leitfadengestützt, strukturiert, Ausschöpfung 88%	15	Aug-Okt 02
15	Akteure in den Gemeinden des TP Gemeinden / gezielte Stichprobe	3	Gründe für Teilnahme, Argumente pro und contra Teilnahme, Auswirkungen	schriftliche Befragung, standardisierter Fragebogen mit offenen Fragen (Ausschöpfung 25%)	12	Okt 02

4 Die wichtigsten Ergebnisse der Evaluation

4.1 Evaluationsfrage 1: Ist die Konzeptualisierung des Alkoholprogramms samt der strategischen Entscheide relevant?

Im Zusammenhang mit dieser ersten Evaluationsfrage, die sich auf das Evaluationsmodul 1 bezieht (vgl. S. 11), kommen folgende Beurteilungskriterien zur Anwendung:

- **Relevanz** fragt, inwiefern die Ziele des Programms mit den Anliegen und Zielen der Gesundheitspolitik übereinstimmen.
- **Transparenz** fragt, ob das Programmdesign klar und umfassend ist, strategische Festlegungen enthält und Aussagen über Zusammenhänge zwischen Zielen und Massnahmen sowie über externe Einflüsse macht.
- **Theoretische Begründung** fragt, ob das Programm eine konzeptuelle oder theoretische Grundlage hat.
- **Zielqualität** fragt, ob die Ziele den allgemein anerkannten Standards der Zielformulierung genügen.³²
- **Kohärenz** fragt nach der Übereinstimmung und Abstimmung der einzelnen Teile des Programms und der Ableitung von Massnahmen aus den Zielen.
- **Zweckmässigkeit** fragt, ob im Rahmen einer ex ante-Betrachtung Effizienz und Effektivität zu erwarten sind.
- **Nachhaltigkeit** fragt nach der zu erwartenden Dauerhaftigkeit des erzielten Nutzens und der Auswirkungen.

4.1.1 Konzeptualisierung

Ein erster zentraler Befund der Evaluation liegt darin, dass es kein umfassendes, **schriftliches Programmkonzept** als Grundlage des Programms.³³ gibt. Das zentrale Führungsinstrument des Programm- oder Projektmanagements, das "logi-

³² Ziele sollen "smart" sein (**s**pecific, **m**easurable, **a**ppropriate, **r**ealistic, **t**imely) (z.B. Bundesamt für Gesundheit 1997, S. 21)

³³ In der Folge stützt sich die Evaluation des Konzepts vor allem auf die Interviews mit den Programmteilnehmenden und Personen aus dem Umfeld des Programms (Erhebungen 1 bis 4)

cal model", das "logical framework" oder das Logframe³⁴ fehlt. In den Interviews mit den Beteiligten am Programm und den Teilprojekten³⁵ wurde immer wieder auf einen impliziten Konsens hingewiesen, und es zeigte sich auch, dass im grossen Ganzen bekannt ist, was man will und tut. Die gleichen Befragungen zeigen aber auch, dass es Unterschiede in der Gewichtung und Interpretation einzelner Aspekte des Programms gibt und vereinzelt Lücken bestehen (z.B. bezüglich Social Marketing, vgl. unten).

Die Trägerschaft **begründet** heute das Programm damit, dass gemäss der Baseline-Befragung von 1998 rund 20% der Bevölkerung, d.h. rund eine Million Menschen, täglich oder ab und zu pro Monat zu viel Alkohol trinken.³⁶ Die gleiche Studie zeigt, dass mehr als zwei Drittel dieser Konsumierenden gar nicht wissen, dass ihr Trinkverhalten risikoreich ist.

Die Experten der Sucht- und Präventionsszene beurteilen die Begründung des Programms als ausreichend und stichhaltig.³⁷

Die **Definition der Norm** und damit der "risikoreichen Trinkmuster" (vgl. Darstellung 1, S. 6) beruht auf einem umfangreichen Literaturstudium der SFA und einem internationalen Symposium von EpidemiologInnen und Sozial- und PräventivmedizinerInnen, das SFA und BAG gemeinsam im Jahre 1997 organisierten.

Die gewählte Norm stellt zwar eine Vereinfachung dar, ist aber nach Meinung der Präventions- und SuchtexpertInnen akzeptiert und notwendig, damit sie kommuniziert werden kann.³⁸

Da Alkohol in der Schweiz als Genussmittel wahrgenommen wird, dessen Konsum in der Schweiz Tradition hat, und da ein sehr moderater Alkoholkonsum einen positiven Effekt auf die Herzfunktion hat, verzichtete das Programm darauf, Abstinenz als Ziel des Programms zu formulieren. Statt dessen wurde die "Reduktion risikoreicher Trinkmuster in der Bevölkerung" als Programm- oder **Globalziel** gewählt.

³⁴ Die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (2002) beschreibt den Begriff wie folgt: "Führungsinstrument zur Verbesserung des Programm-/Projektdesigns. Es umfasst die Festlegung strategischer Elemente (Zweck, Ziel; Inputs, Aktivitäten, Outputs) und ihrer kausalen Zusammenhänge, sowie Hypothesen über externe Faktoren (Risiken, Trends), die Erfolg oder Misserfolg beeinflussen könnten. Das Logframe kann auf transparente und partizipative Weise die Planung, Umsetzung und Evaluation von Programmen/Projekten erleichtern."

³⁵ Datenquelle 1 und 2 (vgl. Darstellung 5)

³⁶ Müller et al. (1999)

³⁷ Datenquelle 4 und 5 (vgl. Darstellung 5)

³⁸ Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 5)

Aufgrund des Literaturstudiums der SFA und des Symposiums von 1997 wurde unter Bezug auf das Transtheoretische Modell von Prochaska, das als **theoretische Grundlage** diente, die **Zielgruppe** auf Risikokonsumierende der vormotivationalen bzw. der motivationalen Phase eingeschränkt. Das führte zu den beiden **qualitativen Zielen**: Sensibilisierung und Erhöhung des Problembewusstseins durch Information zum einen und Motivation zur Verhaltensänderung zum anderen.

Die Baseline-Befragung von 1998 zeigte dann erstmals für die Schweiz auf, dass die episodischen Risikokonsumierenden mit 21% die wichtigste Gruppe ausmachen, gegenüber 3% chronischen Risikokonsumierenden und 4% Risikokumulierenden, während die übrigen 72% der Bevölkerung risikoarm Alkohol konsumieren. Deshalb wurde im Jahre 2000 die **Zielgruppe** weiter eingeschränkt auf die episodischen Risikokonsumierenden. Das Teilprojekt Kampagne beschränkte sich zusätzlich auf die 20-30jährigen episodischen Risikokonsumierenden.

Für diese heute gültige Zielgruppe, die episodischen Risikokonsumierenden³⁹ wurde dann das **quantitative Ziel** des Programms formuliert: Reduktion des Anteils der Personen in der vormotivationalen Phase von 78% auf 70%. Für den Schritt von der motivationalen Phase in die Handlungsphase wurde kein quantitatives Ziel gesetzt.

Die Experten der Sucht- und Präventionsszene akzeptieren die Wahl des Globalziels, der Zielgruppe und der qualitativen Ziele gut. Die Sucht- und Präventionsfachleute beurteilen das Globalziel und die qualitativen Ziele als gut.⁴⁰ Allerdings weisen sie teilweise darauf hin, dass die episodischen Risikokonsumierenden (Bingers) nicht die einzig mögliche Zielgruppe seien und dass die Baseline-Befragung als Begründung für die Beschränkung der Kampagne auf die Gruppe der 20-30jährigen Bingers nicht ausreichend sei. Es sei nicht erwiesen, dass junge episodische Risikokonsumierende später eher zu Alkoholismus neigten als andere. Auch wird bezweifelt, ob Personen ohne Problembewusstsein (vormotivationale Phase) für Präventionsbotschaften empfänglich seien.

Der zu Beginn kommunizierte **Zeithorizont** des Programms von 4 Jahren wurde in den Befragungen⁴¹ als zu kurz und problema-

³⁹ Auch bezeichnet als RauschtrinkerInnen, engl. Bingers

⁴⁰ Datenquelle 4 und 5 (vgl. Darstellung 5)

⁴¹ Datenquelle 4 und 5 (vgl. Darstellung 5)

tisch beurteilt in dem Sinne, als er von Fachpersonen nicht ernst genommen werden könne.

Ein wichtiges Ergebnis der Evaluation ist im weiteren der grosse **Zeitdruck** in der Konzeptphase, der von den Programmgeräten immer wieder als Grund für den konkreten Ablauf der Ereignisse und bestimmte Mängel (z.B. fehlendes Konzept, etappierter Beginn der Teilprojekte, mangelnde Abstimmungen etc.) angeführt wurde.

Beurteilung und Empfehlungen

Die **Relevanz** des Programms und des Globalziels sind gegeben. Der nicht angemessene Alkoholkonsum stellt in der Schweiz ein Gesundheitsproblem mit gesellschaftlich bedeutenden Auswirkungen dar. Insbesondere die Fokussierung auf die zahlenmässig grosse und bisher in der Prävention kaum beachtete Gruppe der episodischen Risikokonsumierenden ist als positiv zu bewerten. Allerdings ist der Zeithorizont für ein Präventionsprogramm nicht realistisch, insbesondere angesichts des ungünstiger gewordenen Umfeldes (vgl. 1.2).

Empfehlung: Es ist in Zukunft bei der Planung von Projekten vorgängig zu entscheiden, in wie weit die Rahmenbedingungen der Politik (kurzer Budgetrhythmus, Erfolgsdruck etc.) gegenüber den sachimmanenten Anforderungen eines Präventionsprogramms bei der Programmformulierung zu berücksichtigen sind. Im gleichen Sinne ist zu klären, ob extern erzeugter Zeitdruck bzw. Anpassungen des Programms an externe Einflüsse⁴² hinzunehmen sind oder ob die planmässige Realisierung des Programms Vorrang hat.

Die **Transparenz** des Programms ist nur beschränkt, da kein umfassendes Konzept ("logical model") erarbeitet und schriftlich niedergelegt wurde, bevor mit der Umsetzung begonnen wurde. Wir vermuten, dass dies ein Grund für mangelnde Kohärenz im Programm ist.

Auch wenn das Programm insgesamt als recht erfolgreich bezeichnet werden kann, ist dies unseres Erachtens keine Rechtfertigung für die mangelnde Transparenz. Vielmehr ist zu fragen, was mit hoher Transparenz zusätzlich hätte erreicht werden können.

⁴² So wurde bspw. der Start der Kampagne 1999 kurzfristig vorgezogen, da finanzielle Mittel frei wurden.

Empfehlung: Ein Programmkonzept oder Logframe ist für zukünftige Programme als verbindlich zu erklären.

Die **theoretische Begründung** des Programms ist mit dem Transtheoretischen Modell gegeben. Kritisch anzumerken ist lediglich, dass andere Theorien des Gesundheitsverhaltens nicht diskutiert wurden.⁴³ Auch wenn eine Beurteilung dieser theoretischen Basis ausserhalb unseres Evaluationsmandates liegt, kann darauf hingewiesen werden, dass das Modell im Tabakbereich gut verankert ist und international zunehmend für Präventionsprogramme in andern Bereichen benutzt wird. Andererseits ist das Modell trotz seiner häufigen Anwendung nicht frei von Kritik.⁴⁴ Auch wurde bspw. von einigen befragten Präventionsexperten der individualistische Ansatz kritisiert, weil das Konsumverhalten stark durch die Gruppenzugehörigkeit und Gruppendynamik bestimmt werde.⁴⁵

Hingegen ist festzuhalten, dass die gewählte Grundlage nicht konsequent bei der Konzeption einfluss. So wird im Zusammenhang mit dem Ziel "Motivation zur Verhaltensänderung" die Vorbereitungsphase gemäss Modell nicht erwähnt, obwohl sie motivationspsychologisch der entscheidende Punkt ist.⁴⁶ Ebenfalls fehlen programmspezifische Überlegungen, wie die Stufenübergänge gemäss Modell unterstützt werden könnten. Die **Kohärenz** in der Anwendung der theoretischen Grundlage ist beschränkt.

Das Alkoholprogramm zeigt, wie nützlich bzw. unabdingbar eine theoretische Fundierung für ein Programm ist, sie sollte deshalb für Programme zwingend sein. Allerdings muss die Fundierung auch bei der konkreten Umsetzung wegleitend sein, was beim Alkoholprogramm zu wenig der Fall war, wie zu zeigen sein wird (vgl. 4.2.1 und 4.3.1).

Empfehlung: Die Zielsetzungen für die kommende 2. Phase des Programms sind, gestützt auf die theoretische Grundlage, kohärent neu zu definieren und als Grundlage der Massnahmenplanung zu verwenden.

Die **Zielqualität** ist stark unterschiedlich. So wurde das Ziel der Reduktion risikoreicher Trinkmuster auf Grund medizinischer und epidemiologischer Grundlagen sorgfältig operationalisiert.

⁴³ z.B. Empowerment-Ansätze, Health-Belief Model, Theory of reasoned action (vgl. Schwarzer 1996)

⁴⁴ z.B. Bunton et al. (2000)

⁴⁵ Dies bestätigt auch eine im Auftrag von SFA und BAG durchgeführte qualitative Studie (Link 1997).

⁴⁶ vgl. Schumacher (2001)

Allerdings ist es nicht zahlenmässig formuliert und somit nicht messbar. Zudem ist es angesichts der kurzen Programmdauer eher wenig realistisch. Die qualitativen Ziele (Sensibilisierung und Erhöhung des Problembewusstseins sowie Motivation zur Verhaltensänderung) sind wenig spezifisch und nicht messbar. Das quantitative Ziel (Reduktion der Personen in der vormotivationalen Phase) genügt hingegen den Kriterien weitgehend.

Der erwähnte Zeitdruck wirkte sich auch auf die Zielfindung im Programm aus, was zu mangelnder Kohärenz zwischen den Zielen führte.

Ziele werden in der Regel formuliert, bevor mit der Arbeit begonnen wird. Gerade wenn man Neuland betritt, kann dies zu inadäquaten und unrealistischen quantitativen (oder operativen) Zielen führen. Dies lässt sich kaum vermeiden.

Empfehlung: Bei qualitativen (oder strategischen) Zielen ist an der Forderung nach stringenter Ableitung und Kohärenz festzuhalten. Quantitative Ziele sind entsprechend dem fortschreitenden Stand der Erfahrungen zu formulieren und anzupassen.

Die **Kohärenz** der Ziele und Zielgruppen auf der Ebene des Programms ist beschränkt, da die Zielgruppe "Personen in der Vorbereitungsphase" (vgl. oben) nicht angesprochen wird.

4.1.2 Strategie

Die Evaluation der **Strategie** des Programms brachte die folgenden Ergebnisse:

- Die **Auswahl der Teilprojekte** erfolgte nicht in erster Linie auf Grund der Zielsetzung des Programms und im Rahmen einer systematischen Strategiefindung, sondern ergab sich aus eher zufälligen und pragmatischen Überlegungen.⁴⁷ So wurde nur die Einbettung des Teilprojekts Kampagne ausführlich diskutiert, da es gleichsam von Anfang an feststand und das Programm bekannt machen sollte. Dem TP Ärzte lag eine implizite strategische Überlegung sowie die Erfahrungen mit einem Pilotprojekt⁴⁸ zu Grunde.

⁴⁷ Das Teilprojekt Internet wurde geschaffen, weil die Entscheidungsgremien der Meinung waren, man müsse in diesem innovativen Medium einfach präsent sein.

⁴⁸ Die Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie (UMA) Lausanne und das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Genf beschäftigten sich seit längerem mit den Interventionsmöglichkeiten durch die GrundversorgerInnen. Die Medizinische Poliklinik der Universität Lausanne realisierte dann im Rahmen eines weiteren Mandates des BAG ein Pilotprojekt dazu.

- Die **Abstimmung** der Teilprojekte untereinander ist gering. Besondere Vorkehrungen zu ihrer Vernetzung und zur Schaffung von Synergien wurden nicht geplant. Die Realisierung erfolgte denn auch nicht nach einem vorgegebenen Zeitplan, sondern ergab sich aus dem Verlauf der Vorarbeiten. Begründet wurde diese Vorgehensweise mit dem hohen Zeitdruck, unter dem das Programm startete.
- Die **Ableitung** der Zielgruppen und Ziele der Teilprojekte aus denen des Programms ist mangelhaft: Von den sechs Teilprojekten erreichen nur drei⁴⁹ die Zielgruppe des Programms (vgl. S. 7), nämlich die episodischen Risikokonsumentenden, die in der vormotivationalen Phase sind. Die andern richten sich an Personen in der motivationalen Phase, was eine Folge der erwähnten Zielfokussierung im Verlaufe des Programms sein könnte (vgl. S. 18).
- Die **Trägerschaft** der drei Institutionen, wovon die beiden Bundesämter verschiedenen Departementen angehören, verleiht dem Programm Gewicht und Glaubwürdigkeit. Da die Federführung klar dem BAG zugewiesen ist, schmälert die Konstellation die Handlungsfähigkeit des Programms nicht.
- Das Programm ist das erste Alkoholpräventionsprogramm in der Schweiz, das **zentral vom Bund aus** und mit einer nationalen Abdeckung durchgeführt wird. Der Entscheid für ein Programm wird von den Präventions- und Suchtfachleuten einhellig begrüsst.⁵⁰ Die Vertreter der im Bereich bereits aktiven Kantone, vor allem in der Westschweiz, bemängeln hingegen, dass sie in der Konzeptualisierungsphase nicht einbezogen wurden. Einerseits verfügten sie über grosse Erfahrungen, andererseits hätte eine Abstimmung mit ihren Konzepten die Wirkung erhöhen können.
- Das Programm ist **national** angelegt und strebt eine nationale Abdeckung an. Trotzdem war die Konzeptphase deutschschweizerisch geprägt.
- Das Programm ist als **Social Marketing**-Programm konzipiert,⁵¹ allerdings liegt kein schriftliches Konzept dazu vor. In den internen Dokumenten und Protokollen kommt die entsprechende Terminologie kaum vor, und die Programmorgane haben unterschiedliche, oft unklare Vorstellungen

⁴⁹ Teilprojekte Ärzte, Kampagne und Gemeinden

⁵⁰ Datenquelle 4 und 5 (vgl. Darstellung 5)

⁵¹ Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 5)

darüber, was Social Marketing bedeutet. Den Teilprojektleitungen ist nur teilweise bekannt, dass das Programm und seine Teilprojekte als Social Marketing konzipiert sind.

Die **Projektorganisation** ist, im Gegensatz zum Konzept des Programms, in einem Organigramm dokumentiert,⁵² allerdings fehlen detaillierte Pflichtenhefte oder Funktionsdiagramme, die für eine abschliessende Beurteilung der Organisation nötig wären.⁵³ Die Vertretung der drei Träger im obersten Organ, der Aufsicht, ebenso wie im Ausschuss ist zweckmässig. Die Programmleitung wurde weniger aus strategischen, denn aus Gründen des Personalstopps ausgegliedert. Die Verpflichtungen der Teilprojektleitungen sind in den Verträgen festgeschrieben.

Das Programm hat eine Begleitung und **Zielüberprüfung** in Form von Monitoring und (Auto-)Evaluationen vorgesehen. Auf der Ebene der Auswirkungen (Outcome) haben die Teilprojekte teilweise eigene Instrumente eingesetzt.⁵⁴ Die in den Verträgen vorgesehenen Autoevaluationen wurden angesichts der aufwändigeren Umsetzungsarbeiten reduziert auf qualitative Reflexionen. Auf der Ebene der Einwirkung (Impact) wurden regelmässige Repräsentativbefragungen über die Trinkgewohnheiten durchgeführt⁵⁵.

Beurteilung und Empfehlungen

Die Strategie genügt dem Kriterium der **Relevanz** weitgehend. Zwar sind nicht alle Teilprojekte genügend begründet, aber die zentralen Elemente⁵⁶ sind relevant und auch erprobt.⁵⁷ Die Trägerschaft und das Ziel der nationalen Abdeckung tragen der Grösse des Problems ebenfalls Rechnung.

Die **Relevanz** des gewählten zentralen Ansatzes ist vor dem Hintergrund des in den Kantonen teilweise vorhandenen Erfahrungswissens und der politischen Kultur des Föderalismus nicht

⁵² BAG/EAV/SFA (o.J.)

⁵³ Bspw. waren die Verantwortlichkeiten für die Informationslieferungen zu Händen des TP Internet zu Beginn unklar.

⁵⁴ vgl. Darstellung 6

⁵⁵ vgl. Baseline-Befragung 1998 und Anschlussbefragung 2000, nächste Befragung geplant für Dezember 2002

⁵⁶ Teilprojekte Kampagne, Ärzte und Gemeinden

⁵⁷ Mit Kampagnen war das BAG im AIDS-Bereich erfolgreich, das Ärzteprojekt hatte eine Pilotphase erfolgreich hinter sich und das Teilprojekt Gemeinden beruht auf erfolgreichen ausländischen Projekten (Holder & Reynolds 1995, Johannessen et al. 1999 und Raphael et al. 1999)

ohne weiteres zu bejahen. Auch mit dem Kriterium der **Zweckmässigkeit** ist aus unserer Sicht die Strategiewahl nicht ausreichend begründet. Der Zeitdruck und die beschränkten finanziellen Ressourcen mögen als Begründung im vorliegenden Fall zutreffen, sind aus unserer Sicht aber nicht ausreichend.

Empfehlung: Es ist in ähnlichen Fällen ein differenziertes Vorgehen zu wählen, das dem Prinzip der Subsidiarität folgt.

Die mangelnde **Transparenz** hat sich einerseits vor allem bei der Auswahl und Konzeption der Teilprojekte ausgewirkt und zu mangelnder Kohärenz geführt. Zum andern betrifft sie das Konzept des Social Marketing. Hier bedeutet sie, dass aus unserer Sicht das Konzept für das Programm bedeutungslos geblieben und die Umsetzung nicht geprägt hat.

Empfehlung: Programme dieser Grössenordnung müssen zwingend ein formuliertes, schriftliches Konzept vorweisen, das den Ansprüchen des Programm-Managements genügt.

Die **theoretische Grundlage** war bei der Auswahl der Teilprojekte nur beschränkt handlungsleitend. Auf der Ebene der Strategie ist die **Kohärenz** zwischen den Teilprojekten und dem Programm und zwischen den Teilprojekten deshalb mangelhaft. Die Begründungen für die einzelnen Teilprojekte sind nicht zwingend. So gibt es bspw. keine Massnahme, sprich Teilprojekt, das sensibilisierte episodische Risikokonsumierende ansprechen und zum Handeln führen will.

Trotz dieser Defizite sind die Konzepte der verschiedenen Teilprojekte geeignet, das Globalziel des Programms zu unterstützen. Insbesondere gilt dies für die Kampagne, die das Problem sichtbar und bewusst machen will, sowie das Ärzte- und das Gemeindeprojekt wegen ihrer Handlungsorientierung und vermuteten Nachhaltigkeit.

Empfehlung: Für die 2. Phase ist unter Rückgriff auf die theoretische Grundlage zu prüfen, ob auf der Ebene der Massnahmen (Teilprojekte) nicht Anpassungen vorzunehmen sind. Insbesondere ist die Frage zu prüfen, ob für die Personen in der motivationalen Phase nicht Angebote aufzubauen sind, damit sie in die Vorbereitungsphase und später in die Handlungsphase kommen.

Der bereits erwähnte Zeitdruck hat sich auch in der Phase der **Strategieformulierung** negativ ausgewirkt und die **Kohärenz**

beeinträchtigt und dazu geführt, dass sich Konzeptualisierung und Umsetzung ab Ende 1998 überschneiden. Die Konzeptualisierung wurde zugunsten der Umsetzung vernachlässigt.

Empfehlung: Konzeptualisierung und Umsetzung sind auch unter den Rahmenbedingungen der Politik oder der Umstände klar voneinander zu trennen. Programme sind nach der Konzeptphase einer Vorabklärung oder ex ante-Evaluation zu unterwerfen, da transparente und kohärente Konzepte für den Erfolg des Programms entscheidend sind. Für die geplante zweite Phase ist ein Konzept zu erarbeiten.

Die Projektorganisation ist **transparent** und **zweckmässig**, die Details (Pflichtenhefte oder Funktionsdiagramme etc.) sind aber zu wenig geregelt.

Empfehlung: Für die zweite Phase ist die Projektorganisation zu überprüfen, und die Details sind klarer zu regeln.

4.2 Evaluationsfrage 2: Welche Stärken und Schwächen weist das gewählte Programm in bezug auf seine Umsetzung auf und ist es geeignet, um die anvisierten Ziele und Zielgruppen zu erreichen?

Die zweite Evaluationsfrage, vgl. Evaluationsmodul 2, ist offen gehalten und bedingt nicht den Bezug vorgegebener Kriterien. Allerdings kann ein Teil der Befunde an Hand der bereits genannten Kriterien (vgl. S.16) beurteilt werden.

4.2.1 Umsetzung auf der Ebene des Programms

Die Umsetzung wird im folgenden anhand der Organisation, der sprachregionalen Adaptation, der Massnahmen und der Nachhaltigkeit untersucht.⁵⁸

Die Evaluation der Umsetzung ergab in bezug auf die **Organisation** die folgenden vier Hauptergebnisse:

- Die Zusammenarbeit der drei Träger BAG, EAV und SFA funktionierte auch in der Umsetzung gut.

⁵⁸ Datenquelle 1 und 2, bezüglich der Teilprojekte auch Datenquelle 3 (vgl. Darstellung 5)

- Die Befragungen zeigten, dass nicht die Programmleitung, sondern der Ausschuss das Programm leitet und die Programmleitung nur ausführende Aufgaben wahrnimmt.
- Neben dem Leiter der Sektion Alkohol und Tabak, der BAG-intern für das Programm verantwortlich ist, sitzt auch der Leiter der Sektion Kampagnen und Marketing als 2. Vertreter des BAG im Ausschuss. Da er für das Teilprojekt Kampagne verantwortlich zeichnet, ist dieses Teilprojekt somit als einziges im Ausschuss direkt vertreten.
- Die Funktion der Begleitgruppe war seit ihrer Einsetzung nie ganz klar. Die ursprünglich vorgesehene Steuerungsfunktion konnte sie wegen der zu grossen Distanz zum Programm und der Gruppengrösse nie wahrnehmen. Sie erhielt deshalb nach kurzer Zeit die Funktion eines beratenden und begleitenden Gremiums, die aber nie präzise definiert wurde. Ihre Mitglieder sind sich selber über ihre Rolle nicht genügend im klaren.⁵⁹

Beurteilung und Empfehlungen

Die Dreifach-**Trägerschaft** erwies sich auch in der Umsetzung als eine wesentliche Stärke des Programms.

Die Verlagerung der faktischen **Leitung** des Programms auf die Ebene des Ausschusses ist problematisch. Bei der grossen Aktivität des Ausschusses wirkt sich seine intern fehlende Aufgabenteilung bezüglich der Teilprojekte nachteilig aus. Die Effizienz der Arbeit wird beeinträchtigt und die Begleitung der Teilprojekte ist nicht optimal.⁶⁰

Allerdings ist zu vermuten, dass angesichts der Tatsache der ausgelagerten Programmleitung gar keine andere Möglichkeit blieb, da verwaltungsrechtliche Gegebenheiten die Auslagerung der für eine effektive Führung nötigen Kompetenzen, auch finanzieller Art, einschränken. Wenn dem so ist, dann ist die ursprüngliche Konzeption als wenig durchdacht und nicht zweckmässig zu beurteilen.

⁵⁹ Auf Grund des Zwischenberichts der Evaluation wurde die Situation der Begleitgruppe im Ausschuss und in der Gruppe selber besprochen. Angesichts der Ergebnisse halten wir an der Beurteilung fest, dass hier nach wie vor konzeptuelle Unklarheit besteht.

⁶⁰ Die Teilprojektleitungen bemängeln denn auch teilweise eine Führung i. S. des Coaching und der Unterstützung (Datenquelle 3, vgl. Darstellung 5).

Empfehlung: Es ist im Hinblick auf weitere Programme zu prüfen, inwieweit führungsrelevante Kompetenzdelegationen nach ausserhalb des BAG möglich sind. Zugleich ist grundsätzlich vertieft abzuklären, wie die Bedürfnisse des Programm-Managements mit den Anforderungen der Verwaltungsstrukturen in Einklang gebracht werden können.

Die Vertretung des **Teilprojekts Kampagne** im Ausschuss kam aus rein pragmatischen Gründen in der Anfangsphase des Programms zustande. Sie mag der Bedeutung des Teilprojekts entsprechen, kann sich jedoch nachteilig auf die anderen Teilprojekte auswirken.

Empfehlung: Die Leitung des Teilprojekts Kampagnen ist aus dem Ausschuss zu entlassen.

Es ist nicht auszumachen, ob die **Begleitgruppe** einen Gewinn für das Programm darstellt. Ihre unklare Funktion und Rolle ist Aufsicht und Ausschuss bekannt, wurde aber bisher nicht geklärt, was einen Führungsmangel darstellt. Es ist denkbar, dass eine Begleitgruppe im Hinblick auf die Verankerung des Programms sinnvoll sein kann.

Empfehlung: Es ist aus strategischer Sicht zu prüfen, ob und mit welchen Zielen eine Begleitgruppe für das Programm nützlich sein kann oder nicht, und es sind die entsprechenden Konsequenzen zu ziehen.

Die **konzeptuelle Adaptation** des von DeutschschweizerInnen konzipierten Alkoholprogramms erweist sich im Vergleich zu anderen nationalen Projekten als überdurchschnittlich.⁶¹ Die französischsprachigen InterviewpartnerInnen zeigten sich dennoch unbefriedigt von der Integration ihrer Sprachregion in das Programm. In diesem Bereich wurden seither strukturelle Anstrengungen unternommen, die aber noch nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben. Die **gestalterische Adaptation** der Kampagne wird als gelungen bezeichnet, auch wenn teilweise eine mangelnde sprachliche und bildliche Anpassung bemerkt wird.

⁶¹ Datenquelle 1 und 4 (vgl. Darstellung 5)

Beurteilung und Empfehlungen

Die **Adaptation** eines nationalen Programms an die drei sprachlichen und kulturellen Regionen der Schweiz ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Umsetzung. Die sprachliche Anpassung genügt den Anforderungen, sie kann als Stärke des Programms bezeichnet werden.

Empfehlung: Die strukturelle Einbindung der Romandie und des Tessins in das Programm sind zu verstärken und die Verbesserung der konzeptuellen Anpassung zu prüfen. Dies insbesondere, um die Nachhaltigkeit des Programms zu fördern.

Bezüglich der Umsetzung der Massnahmen, sprich der Teilprojekte, kommt die Evaluation zu folgenden Ergebnissen:

- Die Umsetzung des Programms erfolgte unter Ausnutzung der sich bietenden Gelegenheiten und teilweise innerhalb kurzer Fristen. Dies führte zeitweise zu hohem Zeitdruck bei den Vorbereitungsarbeiten, was sich teilweise negativ auf die Konzeptualisierung auswirkte (vgl. Beurteilung S.19f.)
- Alle Teilprojekte konnten gestartet werden und laufen. Einzig das Teilprojekt Nationales Beratungstelefon ist bereits beendet worden, weil die Zielsetzungen nach Angaben der Programmleitung bereits erfüllt werden konnten (Gesprächskompetenz, Kenntnis weiterführender Adressen) und die Bewerbung keine Wirkung zeigte.
- Der Stand der Umsetzung der anderen Teilprojekte ist unterschiedlich. Je komplexer und direkter die Intervention geplant war, desto eher wurde der Zeitrahmen für die Umsetzung unterschätzt.
- Die Vernetzung der verschiedenen Teilprojekte und die Nutzung von Synergien hat sich im Laufe der Zeit zwar verbessert. Sie ist jedoch noch eher zufällig und wird nicht systematisch gesucht und sichergestellt.
- Die Jahresziele der Teilprojekte wurden während der Laufzeit des Programms immer später und immer weniger präzise gesetzt. Die mangelnde Kohärenz mit den Zielen des Programms dürfte dafür mitverantwortlich sein.

Beurteilung und Empfehlungen

Das Programm stand teilweise unter **Zeitdruck**, der sich aus dem politischen Umfeld und den hohen, selber gesetzten Zielen herleitete. Die auftauchenden Chancen wurde zielstrebig und pragmatisch genutzt, was als Stärke zu sehen ist. Dennoch darf dies nicht dazu führen, dass die Programmarbeit unterschätzt und überstürzt begonnen wird.

Empfehlung: Das BAG muss versuchen, die Politik für die Langfristigkeit Programmen, insbesondere von Präventionsprogrammen zu sensibilisieren.

Die **Vernetzung** der Teilprojekte ist insgesamt gesehen noch zu gering, sie ergibt sich nicht von selbst.

Empfehlung: Die Vernetzung von Teilprojekten muss Bestandteil des Programms sein und gezielt erarbeitet werden.⁶²

Auf die Schwierigkeiten bei der **Zielformulierung** wurde bereits hingewiesen (vgl. S. 21).

Empfehlung: Trotz der nachvollziehbaren Schwierigkeiten muss vermehrt darauf geachtet werden, dass beim Entscheid für eine zielorientierte Führung die Ziele und geplanten Auswirkungen systematisch als Führungsinstrument genutzt und situationsgerecht angepasst werden.

Das Teilprojekt **Nationales Beratungstelefon** wurde nach einem Jahr eingestellt, das Projekt muss als bedeutungslos für die Zielerreichung betrachtet werden. Vertiefte konzeptuelle Vorbereitungen und Vorabklärungen hinsichtlich der Bedürfnisse und Rahmenbedingungen vor der Aufnahme von konkreten Verhandlungen und vor dem Projektstart hätten bereits früher Klarheit über die Erfolgchancen schaffen können.

Das Alkoholprogramm ist zeitlich befristet und baut keine eigenen, dauerhaften Strukturen auf. Im Hinblick auf seine **Nachhaltigkeit** ist deshalb zu fragen, ob und in welchem Masse es mit Partnerorganisationen zusammenarbeitet und in bestehenden Strukturen verankert wird.

Die Evaluation zeigt, dass die Zusammenarbeit mit Partnern durch die breite Trägerschaft, insbesondere dem Einbezug der

⁶² Im Rahmen des Programms Energie 2000, das ebenfalls aus verschiedenen Teilprojekten bestand, und zahlreiche Massnahmen entwickelte, wurde deshalb im Laufe des Programms eigens die Funktion "Koordination und Vernetzung" geschaffen. Diese hatte die Aufgabe, den Austausch zwischen den einzelnen Teilprojekten sicherzustellen und so die Effektivität des Programms zu verbessern.

SFA, erfüllt ist. Allerdings wurde aber auch ein mangelnder Einbezug der Romandie angesprochen (vgl. S. 17). Für das Teilprojekt Gemeinden steht die Zusammenarbeit mit regionalen und lokalen Präventions- und Suchtfachstellen sowie den Gemeinden als Partnern im Zentrum des Konzeptes. Auch für die Teilprojekte Ärzte und Nationales Beratungstelefon konnten in gewissem Sinne Partnerschaften (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Dargebotene Hand) eingegangen werden. Der zweite Aspekt – Verankerung in existierende Strukturen – zielt darauf ab, dass die Anliegen nach Beendigung des Programms weiterverfolgt werden. Hier könnten den Kantonen und Fachstellen eine wichtige Rolle zukommen. Bisher kann die Evaluation einzig im Teilprojekt Gemeinden einen Ansatz zur dezentralen Verankerung via die Gemeinden ausmachen.

Beurteilung und Empfehlungen

Insgesamt gesehen kann aufgrund der heutigen Gegebenheiten und Vorkehrungen noch kaum eine Nachhaltigkeit des Programms erwartet werden.

Empfehlung: Ein strategischer Schwerpunkt der 2. Phase des Programms muss darin liegen, die Voraussetzungen für eine Erhöhung der Nachhaltigkeit des Programms zu schaffen.

4.2.2 Umsetzung auf der Ebene der Teilprojekte

Ein Blick auf die **Umsetzung der Teilprojekte**⁶³ ergibt folgende Beurteilung aus der Sicht der Evaluation, dabei werden auch die Kriterien Professionalität und Effizienz beigezogen:

- **Effizienz** fragt, wie wirtschaftlich die Ressourcen in Leistungen umgewandelt wurden.
- **Professionalität** fragt, wie sehr eine Arbeit nach den "Regeln der Kunst" ausgeführt wird.

Zudem wird darauf hingewiesen, ob und wie die Teilprojekte kritisch begleitet und reflektiert werden.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Umsetzung auch auf der Ebene der Massnahmen, sprich Teilprojekte, ins-

⁶³ Datenquelle 3 und 5 (vgl. Darstellung 5)

gesamt effizient und professionell erfolgte. Allerdings erwiesen sich die Schwierigkeiten bzw. Hindernisse teilweise als grösser als erwartet, was zu zeitlichen Verzögerungen führte.

Darstellung 6: Beurteilung der Umsetzung der Teilprojekte

Teilprojekt	Beurteilung
Kampagne	Sehr gut gelungen, professionell, effizient, systematische externe Evaluationen.
Partneraktivitäten	Gut gelungen, professionell, effizient, systematische Autoevaluation
Ärzte	Probleme der Umsetzung unterschätzt, fehlendes Marketingkonzept, rasche Reaktion auf Umsetzungserfahrungen auf Grund von Autoevaluationen.
Internet	Gut gelungen, professionell, Vermeidung der Fehler der Anfangsphase bei der inhaltlichen Neuausrichtung nach 2 Jahren.
Gemeinden	Dezentraler Ansatz über regionale Stellen zweckmässig und erfolgreich, aber aufwändig; professionell, Zusammenarbeit mit Kantonen stärker als geplant (positiv im Hinblick auf Nachhaltigkeit), regelmässige prozessbezogene Autoevaluationen.
Nationales Beratungstelefon	Umsetzung litt unter Finanzknappheit, weshalb nicht das gemacht werden konnte, was eigentlich angestrebt war, sondern nur das, was möglich war; wenig professionell, Effizienz fraglich, wenig erfolgreich. ⁶⁴ Der Entscheid, das Teilprojekt einzustellen, war angesichts der gesetzten Rahmenbedingungen richtig. Im Hinblick auf die Unterstützung von Personen in der motivationalen oder Vorbereitungsphase könnte ein Beratungstelefon sinnvoll sein. Allerdings müssen dann auch die erforderlichen Mittel bereitgestellt werden.

Auf Grund der obigen Beurteilungen kommen wir zu folgenden **Empfehlungen**:

- Bei der Umsetzung des Teilprojekts Ärzte ist das Marketing zu verstärken.

⁶⁴ Das Teilprojekt, das nach einem Jahr bereits eingestellt wurde, wird in den weiteren Betrachtungen nicht mehr berücksichtigt.

- *Bei der Umsetzung des Teilprojekts Gemeinden ist das Potenzial zur Verankerung in den Kantonen im Hinblick auf die Nachhaltigkeit gezielt auszuschöpfen.*
- *Die Frage eines Beratungstelefon als Angebot für motivierte und veränderungsbereite Personen ist nochmals zu prüfen, falls das Programm in bezug auf Ziele und Massnahmen überarbeitet wird.*

4.3 Evaluationsfrage 3: Durch welche Massnahmen werden die definierten Ziele und Zielgruppen erreicht und mit welchen Auswirkungen?

Diese Evaluationsfrage bezieht sich auf die Evaluationsmodule 3 (Output oder Leistungen des Programms), 4 (Outcome oder Resultate des Programms) und 5 (Impact oder Einwirkungen auf den Bereich, den das Programm bearbeitet hat) (vgl. S. 11f.). Es kommen bei ihrer Beantwortung folgende Beurteilungskriterien zur Anwendung:

- **Kohärenz** fragt nach der Übereinstimmung und Abstimmung der einzelnen Teile des Programms und der Ableitung der Massnahmen aus den Zielen.
- **Qualität** wird je nach Teilprojekt unterschiedlich definiert (vgl. unten).
- **Zweckmässigkeit** fragt, ob auf Grund einer ex ante-Betrachtung Effizienz und Effektivität zu erwarten sind.
- **Effizienz** fragt, wie wirtschaftlich die Ressourcen in Leistungen umgewandelt wurden.
- **Effektivität** fragt, in welchem Ausmass die Ziele eines Programms erreicht werden
- **Nachhaltigkeit** fragt nach der Dauerhaftigkeit des erzielten Nutzens und der Auswirkungen.

4.3.1 Die Leistungen des Programms (Output)

Die Evaluation zeigt als erstes, dass es keine Massnahmen auf der Ebene des Programms gibt, denn die anfänglich vorgesehenen PR-Aktivitäten wurden nicht realisiert. Eine Ausnahme stellt die jährliche Medienkonferenz und die Programmbroschüre 2001 dar.

Die Befragung von **Präventions- und Suchtfachleuten** zeigte, dass die Kampagne – und die dort angehängten Partneraktivitäten – auch bei den Fachleuten weitaus am bekanntesten ist und damit das Bild des Programms prägt (vgl. Darstellung 7). Dies

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den **Medienschaffenden**⁶⁵: Das Programm ist einer grossen Mehrheit der Befragten (82%) bekannt. Ungestützt wurden aber meist "nur" Elemente der Kampagne (Plakate, TV-Spot) genannt.

Darstellung 7: Bekanntheit des Programms bei den Fachleuten (Erhebung 5, n=81)

Teilprojekt	Spontan-nennungen	Nennungen bei Abfrage	Total Nennungen	Total in Prozent der Befragten
Kampagne	Plakate	72	77	95%
	TV-Spot	41		
	Kino-Spot	21		
	Inserate	13		
Partneraktivitäten	19	45	64	79%
Gemeinden	13	24	37	46%
Ärzte	8	12	20	25%
Helpline	3	17	20	25%

Beurteilung und Empfehlungen

Das Fehlen von Leistungen (Output) auf der Ebene des Programms hat zur Folge, dass das Alkoholprogramm in der Regel verkürzt als Kampagne wahrgenommen wurde, da dieses Teilprojekt am stärksten in der Öffentlichkeit wirkt. Die anderen Teilprojekte sind, auch in Präventionskreisen, wenig sichtbar. Diese bruchstückhafte und einseitige Wahrnehmung kann bei den Präventions- und Suchtfachleuten, die ja die Zielgruppe des TP Partneraktivitäten sind, in der Praxis die Glaubwürdigkeit des Programms beeinträchtigen, wenn eine Werbekampagne als ungenügende Präventionsmassnahme beurteilt wird.

Empfehlung: Es ist zu prüfen, ob in der 2. Phase nicht eine verstärkte Kommunikation auf Programmebene zu führen ist.

⁶⁵ Datenquelle 6 (vgl. Darstellung 5)

Im Rahmen des Programms wurde unter anderem zwei Produkte entwickelt und in grossem Umfange verteilt. der so genannte **Alkoholschieber** und die **Broschüre** "Alkohol – wie viel ist zu viel?"

Der Alkoholschieber dient zur Sichtbarmachung der Grenzen des Missbrauchs und zur gesundheitlichen Einordnung des eigenen Alkoholkonsums. Er wurde in der Ärztebefragung im Frühjahr 2000⁶⁶ evaluiert. Von den ÄrztInnen, die ihn gesehen hatten, wurde er als gut geeignet beurteilt⁶⁷. Rund die Hälfte der Befragten hat denn auch damals, rund ein halbes Jahr nach der Zustellung, den Alkoholschieber gemäss eigenen Angaben im Gespräch mit PatientInnen verwendet. Die Broschüre wurde nicht evaluiert.

Die **Outputs** des Programms im Rahmen der Teilprojekte lassen sich wie folgt zusammenfassend darstellen:

Darstellung 8: Beurteilung des Output der Teilprojekte

Teilprojekt	Ergebnis	Beurteilung
Kampagne ⁶⁷	Richtige Antwort auf die offene Frage "Für was wirbt dieses Plakat?": 48% (1999), 90% (2001) Richtige Antwort auf die offene Frage, was der Spot aussagen will: 82% (1999), 87% (2001) Der Aussage "Die Kampagne ist glaubwürdig" stimmen "voll" oder "eher" zu (4-stufige Skala): 78% (1999), 93% (2000), 85% (2001)	Verständlichkeit hoch (=Qualität) Glaubwürdigkeit hoch (=Qualität)
Partneraktivitäten	In den Jahren 2000, 2001 und 2002 wurden durchschnittlich 21'000 Plakate von regionalen Fachstellen angefordert	Effizienz gut, keine quantitativen Ziele vorhanden

(Fortsetzung nächste Seite)

⁶⁶ Datenquelle: Teilprojekt "ÄrztInnen in der Praxis" – Evaluation des Versandes vom Oktober 1999 / IPSO 2000

⁶⁷ Die Daten stammen aus den Posttests der Kampagnen (sprachassimilierte Bevölkerung von 15-74 Jahren, Random-Quota-Stichproben, 1200 bzw. 1600 bzw. 1000 Interviews), vgl. IPSO 1999, 2001(a) und 2001(b).

Teilprojekt	Ergebnis	Beurteilung
Ärzte ⁶⁸	<p>Auf die Frage "Wie gut haben Sie den Kurs gefunden?" antworten 59% bzw. 39% mit "sehr gut" oder "eher gut"</p> <p>Auf die Frage "Und hat Ihnen der Kurs geholfen, auf welche Art und Weise Sie die entsprechenden Patienten auf dieses Problem ansprechen können oder nicht?" antworten 82% mit "ja"</p> <p>33 Ausbildungskurse mit 1028 Teilnehmenden (sowie 5 Präsentationen mit 238 Personen)</p>	<p>Kursbeurteilung gut (=Qualität)</p> <p>Nutzen hoch (=Qualität)</p> <p>Quantitative Zielerreichung betr. Veranstaltungen ca. 50%, betr. Personen ca. 90%⁶⁹</p>
Internet	<p>Stark interaktive Website</p> <p>Anzahl Besuche auf der Website</p>	<p>Professionalität hoch</p> <p>Quantitative Ziele nicht erreicht</p>
"Die Gemeinden handeln"	<p>Vermittler rekrutiert, Projekte in 21 Gemeinden angelaufen, Informationsmaterial erarbeitet</p>	<p>Quantitative Ziele erreicht</p>

Beurteilung und Empfehlungen

Das Alkoholprogramm soll zum einen sensibilisieren und das Problembewusstsein erhöhen, da eine Mehrheit der Risikokonsumierenden gar nicht weiss, dass sie zu viel trinkt (vgl. S. 18). Die Botschaften der Kampagne beinhalten nur die Aufforderung zu einem massvollen Umgang mit Alkohol und weisen auf un-gute Folgen des Überkonsums hin, sagen aber nie, was denn als "zu viel" zu betrachten ist (vgl. S. 6).⁷⁰ Zum andern soll die Kampagne Motivierte zum Handeln bringen (vgl. S. 6): Auch dazu fehlen Botschaften, die sich aus Prochaskas Modell ableiten lassen, wie dies verschiedentlich gezeigt wird (z.B. Grimley et al. 1994). Die **Kohärenz** ist nicht gegeben.

Empfehlung: Die Botschaften der Kampagne sind aus den Zielen abzuleiten. Auch die übrigen Leistungen des Programms (vgl. die oben erwähnte mangelnde Kohärenz zwischen Pro-

⁶⁸ Datenquelle 11, Teilnehmende an Kursen (Vollerhebung, 65% Ausschöpfung, Befragung 6 bis 18 Monate nach Kursende)

⁶⁹ Für die geringe Nachfrage sind drei Gründe verantwortlich: Die Motivation für Fortbildung in der Prävention ist gering; das Angebot an Fortbildung ist gross und unübersichtlich; Alkoholkonsum wird meist mit chronischem Konsum gleichgesetzt – Risikotrinken ist als Phänomen noch weitgehend unbekannt.

⁷⁰ Dies geschieht allenfalls in der konkreten Gesprächs- oder Beratungssituation, da die Normen bspw. in der Programmbroschüre oder in der Ärztefortbildung erwähnt werden, hat jedoch keine Breitenwirkung.

gramm und Teilprojekten) sind verstärkt auf die Ziele des Programms auszurichten. Es ist für die 2. Phase des Programms ein Re-Design vorzunehmen.

Die einzelnen Massnahmen können, je für sich betrachtet, insgesamt als **gut beurteilt** werden. Sie sind effizient, qualitativ gut, professionell, auch wenn die quantitativen Ziele teilweise nicht erreicht wurden.

Empfehlung: Beim Re-Design des Programms für die 2. Phase sind die getätigten Investitionen angemessen zu berücksichtigen.

4.3.2 Die Auswirkungen des Programms (Outcome)

Die Auswirkungen der erbrachten Leistungen des Programms im Vergleich mit den Zielen (Outcome) werden mittels eines **Monitoring** der Stufen der Veränderungsbereitschaft in der Schweiz überprüft. Dieses Monitoring, das im übrigen auch die Einwirkungen (Impact) erfasst, ist nicht Bestandteil des Mandats der Globalevaluation, sondern wird vom Programm direkt in Auftrag gegeben und von der SFA betreut. Die Ergebnisse werden aber in der vorliegenden Globalevaluation verwendet. Bisher wurden zwei Messungen⁷¹ durchgeführt: Baseline-Befragung 1998⁷² als Nullmessung und Anschlussbefragung 2000.⁷³

Das Programm zielt darauf ab, die Bevölkerung bzw. einzelne Zielgruppen zu sensibilisieren und von der vormotivationalen Phase in die motivationale Phase zu bringen und motivierte Risikokonsumierende zu einer Änderung ihres Verhaltens zu bringen.

Die Ergebnisse der Messung der **Veränderungsbereitschaft** als erster Hinweis auf den Outcome zeigen:

- Sowohl im Jahr 1998 als auch im Jahr 2000 sind rund 84% der Befragten in der vormotivationalen Phase, rund 6% in der motivationalen und rund 10% in der Aktionsphase. Es

⁷¹ Repräsentative, telefonische Befragung der in der jeweiligen Landessprache sprachassimilierten Bevölkerung im Alter von 15-74 Jahren, reine Zufallsstichprobe, 1600 Interviews, Ausschöpfung 52% (1998) bzw. 59% (2000)

⁷² Müller et al. (1999)

⁷³ Müller et al. (2001)

haben sich also insgesamt **keine Veränderungen** ergeben.⁷⁴

- Der Anteil der **episodischen Risikokonsumierenden** in der vormotivationalen Phase ist, wie angestrebt, gesunken und zwar von 78% auf 74% (bei einem Zielwert von 70% für das Jahr 2002). In der motivationalen Phase ist der Anteil ebenfalls gesunken (von 12% auf 9%), dafür jedoch in der Aktionsphase von 10% auf 16% gestiegen.
- Der Anteil der risikoarm Konsumierenden ist in allen Stufen gleich geblieben.

Darstellung 9: Stufen der Verhaltensänderung 1998 und 2000 nach Risikotyp

Stufe der Verhaltensänderung ⁷⁵	1998				2000			
	Risikotyp				Risikotyp			
<i>(Basis: Alkoholtrinkende)</i>	Risikoarme	Chronische	Episodische	Kumulierer	Risikoarme	Chronische	Episodische	Kumulierer
vormotivationale Phase	89%	64%	78%	55%	88%	80%	75%	46%
motivationale Phase	3%	18%	12%	24%	3%	7%	9%	28%
Aktionsphase	8%	18%	10%	21%	9%	13%	16%	26%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Angesichts dieser Ergebnisse kommen die Autoren des **Monitoringberichts** zusammenfassend zu folgender Aussage über den Outcome des Programms (Müller et al. 2001, S. 34 ff.):

"Das Ziel, die Veränderungsbereitschaft gemäss dem angenommenen Phasenmodell zu fördern, konnte unter den oben angesprochenen Rahmenbedingungen (Steuersatzänderung, Anmerkung des Autors) nicht erreicht werden. Gleichwohl muss die Stabilisierung der Anteile als Erfolg der Kampagne gewertet werden."

⁷⁴ Im Rahmen des Posttest der Kampagne 2001 (IPSO 2001) wurden die Stufen der Bereitschaft zur Verhaltensänderung ebenfalls gemessen: Die Werte entsprechen denen der Baselinebefragung 1998 und der Anschlussbefragung 2000.

⁷⁵ Es handelt sich um gerundete Prozentbeträge.

Beurteilung und Empfehlungen

Die Veränderungen der Anteile der episodischen Risikokonsumierenden gehen insgesamt in die angestrebte Richtung. Ob das Ziel der Reduktion der episodisch Risikokonsumierenden in der vormotivationalen Phase von 78% (1998) auf 70% (2002) unter konstantem Anteil der chronischen und risikokumulierende Konsumierenden erreicht wird, kann noch nicht abschliessend beurteilt werden, zumal der Anteil der chronisch Konsumierenden in der vormotivationalen Phase zugenommen hat.

Allerdings fragt sich grundsätzlich, ob angesichts der kurzen Programmdauer Veränderungen in den gemessenen Merkmalen überhaupt auf das Programm zurückgeführt werden können.

*Empfehlung: Zur Zeit sind noch keine Aussagen über die Auswirkungen zu formulieren, die **Effektivität** ist erst auf Grund der Anschlussbefragung 2002 zu beurteilen.*

Ziel des Programms sind die Sensibilisierung und die Erhöhung des Problembewusstseins in den Risikogruppen. Wie gezeigt (vgl. S. 37) hat sich bei den Stufen der Veränderungsbereitschaft noch keine Auswirkung gezeigt. Nun ist, als zweiter Hinweis auf den Outcome, zu fragen, ob denn das **Teilprojekt Kampagne** als zentrale Massnahme im Hinblick auf dieses Ziel überhaupt Betroffenheit auslöst und zum Nachdenken anregt. Die Ergebnisse der Posttests zeigen folgende Ergebnisse:

- Der Aussage "Die Kampagne regt mich zum Nachdenken über meinen eigenen Alkoholkonsum an" stimmen "voll" bzw. "eher" zu (4-stufige Skala): 4% bzw. 18% (1999), 11% bzw. 11% (2000) und 6% bzw. 18% (2001).
- Episodische Risikokonsumierende stimmen häufiger "eher" zu als Risikoarme (20% gegenüber 13%), aber deutlich weniger als Risikokumulierende (31%).

Beurteilung und Empfehlungen

Die Ergebnisse geben zur Vermutung Anlass, dass das Ziel der Veränderung der Verhaltensbereitschaft, auch in der vorrangigen Zielgruppe der episodischen Risikokonsumierenden, kaum zu erreichen sein wird. Wir vermuten, dass dies in erster Linie

durch die zu wenig klaren, auf die Normen bezogenen Botschaften bedingt ist.

Empfehlung: Die Botschaften sind in Zukunft klar normenbezogen zu formulieren.

Als dritter Hinweis auf den Outcome kann die **positive Akzeptanz** des Programms verwendet werden.⁷⁶ Die Bevölkerung stimmt der Aussage "Die Kampagne vertritt ein wichtiges Anliegen" mehrheitlich "voll" zu (4-stufige Skala): 69% (1999), 86% (2000), 72% (2001).⁷⁷

Die Erreichung dieses Ziels wurde auch bei den in der Praxis tätigen Präventions- und Suchtfachleuten im Winter 2001 überprüft:⁷⁸

- 54% der befragten Fachleute bejahen die Frage "Hat 'Alles im Griff?' in irgendeiner Form Ihre Arbeit beeinflusst?" und führen positive Beispiele an.
- Auf die Frage "Wie sehr nützt Ihnen 'Alles im Griff?' antworten 37% "ein bisschen", 20% "viel" und 6% "sehr viel" (total 63%).
- Die Resonanz bei den Fachleuten ist in der Westschweiz deutlich geringer als in der Deutschschweiz.

Beurteilung und Empfehlungen

Das Ziel der "positiven Akzeptanz" wurde erreicht, in diesem Punkt ist das Programm **effektiv**. Beachtenswert ist die tiefere Akzeptanz bei den Fachleuten in der Westschweiz: Sie mag eine Reaktion auf die zentrale Strategie des Programms sein, die bestehende und vor allem in der Westschweiz teilweise starke Präventionsarbeiten nicht berücksichtigte. Möglicherweise spielt die deutschschweizerisch geprägte Konzeptualisierung des Programms eine Rolle.

Empfehlung: Im Hinblick auf die angestrebte nationale Abdeckung des Programms ist die Akzeptanz in der Westschweiz zu

⁷⁶ Die "Bekanntmachung des Programms mit positiver Akzeptanz" war das Jahresziel 1999 des Programms, das ebenfalls mit dem Teilprojekt Kampagne erreicht werden sollte.

⁷⁷ Repräsentative, telefonische Befragung der in der jeweiligen Landessprache sprachassimilierten Bevölkerung im Alter von 15-74 Jahren, reine Zufallsstichprobe, 1600 Interviews, Ausschöpfung 52% (1998) bzw. 59% (2000)

⁷⁸ Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 5): Vollerhebung bei 112 Stellen, Ausschöpfung 72%, 81 Interviews

erhöhen, wozu vermutlich ein stärkerer struktureller Einbezug nötig ist.

Der Outcome der **andern Teilprojekte**, lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Darstellung 10: Auswirkungen der Teilprojekte

Teilprojekt	Ergebnisse	Beurteilung
Ärzte ⁷⁹	Im Vergleich zur Zeit vor der Fortbildungsveranstaltung interveniert gut die Hälfte der Teilnehmenden (53%) heute häufiger, wenn sie bei einem Patienten Verdacht auf risikoreiches Trinken hegen. Gleich häufig intervenieren 39%. ⁸⁰	Effektivität an sich gut, aber zahlenmässig noch unbedeutend
Internet	Es bestehen ungeklärte Fragen im Zusammenhang mit der Nutzung der Website. ⁸¹	Keine Beurteilung möglich
Gemeinden ⁸²	In 10 der 17 Gemeinden bzw. Bezirke sind Alkoholpolitiken verabschiedet, in je 2 Gemeinden sind sie in Auftrag gegeben bzw. im Entwurf vorliegend, in 3 Gemeinden wurde nichts erreicht.	Ziele der Pilotphase erreicht: Effektivität hoch
Partneraktivitäten	Keine Messung	Nicht beurteilbar

Beurteilung und Empfehlungen

Angesichts des geringen Outputs des Ärztesprojekts sind die Auswirkungen noch als gering zu beurteilen.

Empfehlung: Es ist zu prüfen, ob mit verstärktem Marketing oder andern Massnahmen die Nachfrage gesteigert und damit die Auswirkungen verstärkt werden können. Dies, weil der Beitrag an das Globalziel als positiv zu beurteilen ist (vgl. 4.3.3).

Empfehlung: Die offenen Fragen zur Website sind zu klären.

⁷⁹ Datenquelle 11, Teilnehmende an Kursen (Vollerhebung, 65% Ausschöpfung, Befragung 6 bis 18 Monate nach Kursende)

⁸⁰ Fast die Hälfte der Befragten (45%) hat schon mehrere Kurzinterventionen beim gleichen Patienten durchgeführt, was die Erfolgswahrscheinlichkeit erhöht (vgl. Wilk et al. 1997).

⁸¹ Die Fragen gehen zurück auf die grundsätzlichen Messprobleme der Internetnutzung (z.B. fehlende Standards).

⁸² Datenquelle: Unterlagen der Projektleitung des Teilprojekts vom 13.09.2002

Das Teilprojekt Gemeinden war effektiv, aber sein Beitrag an das Globalziel ist noch offen und konzeptuell noch nicht erarbeitet.

Empfehlung: Bevor über den weiteren Ausbau dieses Programmteils entschieden wird, ist eine ex ante-Evaluation des Beitrags an das Globalziel vorzunehmen.

4.3.3 Die Einwirkungen des Programms (Impact)

Das Alkoholprogramm will die risikoreichen Trinkmuster in der Bevölkerung reduzieren. Die beiden bisher durchgeführten Befragungen⁸³ zeigen folgende Ergebnisse in bezug auf die Trinkmuster:

- Der Anteil der episodischen Risikokonsumierenden, der grössten Risikogruppe und der Zielgruppe des Programms, liegt unverändert bei rund 20%.⁸⁴
- Bei den Frauen scheint sich eine positive Entwicklung abzuzeichnen: Der Anteil der episodischen Risikotrinkerinnen ist um 7% auf 15% zurückgegangen. Bei den Männern ist er demgegenüber stabil geblieben.
- Der Anteil der Risikokonsumenten in der Altersgruppe der 15-24jährigen ist – allerdings nur bezogen auf einmaligen übermässigen Konsum pro Monat – um 9% zurückgegangen, bei den Männern um 13%, bei den Frauen um 6%, während er in allen andern Gruppen geringfügig angestiegen ist.⁸⁵
- In der Romandie ist der episodische Risikokonsum auch im Jahre 2000 wesentlich stärker verbreitet als in der übrigen Schweiz.
- Es sind – bezogen auf einmaligen übermässigen Konsum pro Monat – in der Romandie jedoch positive Veränderungen festzustellen: Der Anteil der risikoarmen Konsumenten ist von 1998 auf 2000 um 7% gestiegen, der Anteil der episodischen Risikokonsumierenden um 3% von 46% auf 43% gesunken. Diese Verbesserung ist vor allem auf die Frauen

⁸³ Repräsentative, telef. Befragung der in der jeweiligen Landessprache sprachassimilierten Bevölkerung, Alter 15-74 Jahre, reine Zufallsstichprobe, 1600 Interviews, Ausschöpfung 52% (1998) / 59% (2000)

⁸⁴ Aufgrund der statistischen Gegebenheiten ist bei 95% statistischer Sicherheit bei der Hochrechnung eine Bandbreite von max. +/- 2.5% zu berücksichtigen.

⁸⁵ Im Rahmen des verbesserten Monitoring werden im Rahmen der im Frühjahr zu erwartenden Berichterstattung über die Anschlussbefragung 2002 alle Auswertungen, der Definition des episodischen Risikokonsums entsprechend, bezogen auf zweimaligen übermässigen Konsum pro Monat gemacht.

zurückzuführen: Der Anteil der risikoarm konsumierenden Frauen ist nämlich von 38% auf 54% gestiegen.

Die Autoren des **Monitoringberichts**⁸⁶ kommen zusammenfassend zu folgenden, vorläufigen Aussagen über die Wirkung. Abschliessende Aussagen sind erst im Rahmen des Monitoringberichts 2003 zu erwarten, der im Sinne der erwähnten Verbesserungen alle Auswertungen bezogen auf zweimaligen übermässigen Konsum pro Monat enthalten wird:

- Wegen der Senkung der Abgaben auf importierte Spirituosen im Jahre 1999 und der daraus folgenden Preisreduktion *"hat der Spirituosenkonsum (...) zugenommen. In dieser schwierigen Situation hat die Kampagne willkommene Gegenwirkungen entfaltet"*.
- *"Trotz des Preiseinbruches bei den Spirituosen zeigt der Vergleich der Daten aus den beiden Befragungen, dass es bei den Frauen tatsächlich gelungen ist, den Anteil der Personen zu senken, die episodisch zu viel trinken. Risikoarmes Trinken bei Frauen ist gefördert worden."*
- Dass *"bei den 15-24jährigen der Anteil der Rauschtrinkenden um 9 Prozentpunkte gesunken ist", (...) darf als Erfolg des Programms gewertet werden"*.
- *"Obgleich sich der Anteil der Risikotrinkenden im deutschsprachigen und im italienischsprachigen Landesteil praktisch nicht verändert hat, so ist doch gerade in der Romandie eine Zunahme des Anteils risikoarm Konsumierender festzustellen, der bei näherer Analyse wiederum insbesondere auf Frauen zurückgeht."*

Beurteilung und Empfehlungen

Wir können die Beurteilung der Autoren nachvollziehen und sehen die **positiven Trends**, insbesondere angesichts des ungünstig gewordenen Preisumfelds. Andererseits sind wir jedoch skeptisch, was die Stabilität der Ergebnisse betrifft. Auch wenn die Befragung nach dem "state of the art" durchgeführt wurde, und die Stichprobe genügend gross ist, darf nicht vernachlässigt werden, dass es sich bei den Ergebnissen um "selbstberichtetes Verhalten" handelt.

Das Ziel des Programms, Überkonsum negativ zu bewerten, könnte ja auch dazu führen, dass solch negatives Verhalten weniger berichtet wird. Dem widerspricht allerdings der Befund,

⁸⁶ Müller et al. (2001, S. 34 ff.)

dass kaum gesagt wird, dass man über den eigenen Konsum nachdenkt.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass angesichts der Langfristigkeit von Prozessen der Verhaltensänderung auf Grund von Präventionsprogrammen nach zwei Jahren noch kaum Ergebnisse erwartet werden können.

Empfehlung: Für eine verlässliche Beurteilung der Einwirkungen ist die dritte Messung abzuwarten.

Von besonderem Interesse erscheinen uns die festgestellten Unterschiede nach Geschlecht und – etwas weniger deutlich – nach Sprachregion. Ob diese Effekte stabil sind, wird sich bei der Anschlussbefragung 2002 zeigen.

Empfehlung: Falls sich die unterschiedlichen gruppenspezifischen Einwirkungen in der Anschlussbefragung 2002 bestätigen, ist zu prüfen, ob das Programm in der 2. Phase nicht darauf reagieren soll.

Bezogen auf die **Teilprojekte** ist folgendes zu erwähnen:

- Der zu erwartende Impact des Teilprojekts Ärzte und somit sein Beitrag an das Globalziel kann auf Grund der Literatur ex ante als beachtlich beurteilt werden. So hat eine Metaevaluation von 32 Studien⁸⁷ eine Reduktion des Konsums in der Interventionsgruppe ergeben. Andernorts⁸⁸ wird der Effekt von ein oder zwei Kurzinterventionen mit 45% angegeben.

Empfehlung: Es sind geeignete Messinstrumente zu entwickeln, um die Einwirkungen verlässlich zu messen.

- Der zu erwartende Impact der andern Teilprojekte bzw. ihr Beitrag an das Globalziel ist offen und noch zu klären.

Empfehlung: Um die Einwirkungen des Teilprojekts beurteilen zu können, sind lokale Messungen der Trinkmuster vorzunehmen bzw. alternative Messinstrumente zu entwickeln.

⁸⁷ Bien et al. (1993)

⁸⁸ Wilk et al. (1997)

4.4 **Evaluationsfrage 4: Welchen Einfluss hat der Kontext auf die Ziele des Alkoholprogramms?**

Der Kontext beeinflusste sowohl die *Zielformulierung* wie auch die *Zielerreichung*.

Die in der Schweiz vorherrschenden Einstellungen zum Alkoholkonsum und die Konsumgewohnheiten führten im Rahmen der **Zielformulierung** unter anderem dazu, dass das Programm nicht Abstinenz, sondern einen "vernünftigen Umgang" mit Alkohol propagiert. Auch die Wahl der episodischen Risikokonsumierenden als Zielgruppe ist teilweise vom Kontext beeinflusst, da diese Bevölkerungsgruppe von den traditionellen Präventionsanbietern bisher nicht berücksichtigt wurde.

Auf die **Zielerreichung** wirken hauptsächlich zwei Aspekte des Kontexts. Erstens ist die Akzeptanz des Engagements des Bundes in der Bevölkerung, in den Fachkreisen und den Kantonen sehr gut. Auch die Ziele des Programms und die dazugehörigen Normen werden mehrheitlich gutgeheissen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung und ein grosses Potenzial für die Zielerreichung sowie die Nachhaltigkeit des Programms.

Die grundsätzlich positive Haltung in den Kantonen und Fachkreisen wurde durch die Ausarbeitung und Umsetzung des Programms teilweise aufs Spiel gesetzt. Einerseits, weil die aktiven Kantone, aber auch die Fachstellen ihre Erfahrungen nicht in die Programmkonzeption einbringen konnten und keine Koordination stattfand. Andererseits liess es ein Teil der Programmverantwortlichen zeitweise an Sensibilität im Umgang mit Vertretungen aus der Westschweiz mangeln. In der Folge reagierten die Kantone und Fachkreise teilweise desinteressiert bis skeptisch gegenüber der Umsetzung des Alkoholprogramms. Es ist möglich, dass sich dies negativ auf die Verankerung und damit Nachhaltigkeit des Programms auswirkt.

Der zweite – und gewichtigere – Aspekt sind die durchgeführten und geplanten Gesetzesänderungen im Steuer-, Gastgewerbe- und Medienbereich. Diese Reformen widersprechen in ihrer Intention dem Alkoholprogramm. Nach Meinung von Sucht- und Präventionsfachleuten⁸⁹ sei darum die Zielerreichung mit einem Programm, welches sich auf die Prävention beschränke, auch längerfristig unsicher.

⁸⁹ Datenquelle 4 (vgl. Darstellung 5)

Beurteilung und Empfehlungen

Auch wenn der Kontext des Programms seit Sommer 2001 durch die Aktivitäten, welche vom Nationalen Alkoholaktionsplan 2000 (NAAP) ausgingen, günstiger geworden ist, schätzen wir die im Hinblick auf das Programm negativ beurteilten Veränderungen im gesetzlichen Bereich als prägender ein.

Empfehlung: Um den NAAP als Chance für das Programm zu nutzen, muss auf Bundesebene zwischen den Aktivitäten des NAAP und des Programms gut koordiniert werden.

Es ist offen, wie sehr sich eine Zulassung von Werbung im Rahmen des in Revision befindlichen Radio- und TV-Gesetzes auf die Zielerreichung auswirkt. Die seinerzeitige Steuerreduktion auf importierte Spirituosen dürfte grössere Folgen gehabt haben. Die ausländischen Radio- und TV-Stationen, die in der Schweiz zu empfangen sind, senden heute bereits Werbung für alkoholische Getränke. Grundsätzlich ist es schwierig, die Wirkungen von Steuern und Werbung auf den Alkoholkonsum einander gegenüberzustellen. Zwar liegen in der Schweiz Erfahrungen bezüglich der Wirkungen von Steuern vor,⁹⁰ jedoch keine bezüglich derjenigen von Werbung. Die Zulassung von Alkoholwerbung wäre aus unserer Sicht vor allem eine "symbolische Provokation" für das Programm.

Unterschiedliche Massnahmen wie bspw. das Alkoholprogramm und die Zulassung von Werbung können von Seiten der Bevölkerung als widersprüchliche Signale gelesen werden und Fragen nach dem tatsächlichen politischen Willen aufwerfen.

Empfehlung: Die Arbeit an einer umfassenden und departementübergreifenden Alkoholpolitik ist wieder aufzunehmen.

⁹⁰ SFA (2000)

5 **Schlussbetrachtung**

Das Alkoholprogramm 1999-2002 ist relevant, da der nicht angemessene Alkoholkonsum in der Schweiz ein Gesundheitsproblem mit gesellschaftlich bedeutenden Auswirkungen darstellt. Das Programm ist theoretisch ausreichend begründet, auch wenn die gewählte theoretische Grundlage in der Konzeption und Umsetzung sowie bei den Leistungen zu wenig konsequent berücksichtigt wurde. Ein Mangel des Programms liegt darin, dass ein schriftliches Programmkonzept ("logical model") als wichtiges Führungsinstrument fehlt. Die zentralen Ziele wurden sorgfältig erarbeitet, auch wenn ihre Ableitung aus der theoretischen Grundlage nicht konsequent erfolgte und ihre Formulierung nicht ganz zu genügen vermag. Auch die Beurteilung der gewählten Strategien des Alkoholprogramms fällt durchgezogen aus: Der zentrale Ansatz hat zwar unbestreitbare Vorteile, aber auch Nachteile, da vorhandenes Wissen zu wenig genutzt wurde. Die zentralen Massnahmen oder Teilprojekte sind relevant und erprobt, auch wenn sie nicht alle genügend begründet sind. Die Projektorganisation ist insgesamt zweckmässig, auch wenn Probleme der Vereinbarkeit von staatlicher Verwaltung und Projektmanagement sichtbar werden.

Die Umsetzung des Programms ist insgesamt gut gelungen. Allerdings kann zum heutigen Zeitpunkt kaum Nachhaltigkeit erwartet werden.

Die Leistungen oder die Outputs des Programms sind je für sich betrachtet qualitativ gut und sie werden effizient erbracht, wenn auch ihre Ableitung aus den Zielen zu wenig konsequent ist und die quantitativen Ziele nur teilweise erreicht wurden.

Eine Beurteilung der Auswirkungen im Vergleich zu den Zielen (Outcome) fällt angesichts der kurzen Laufzeit des Programms und des mit Programmbeginn schwieriger gewordenen Umfelds schwer. Vermutlich sind die Ziele zur Zeit noch nicht erreicht.

Die Einwirkungen des Alkoholprogramms (Impact) können zur Zeit noch nicht verlässlich beurteilt werden.

Zusammenfassend halten wir fest, dass das Alkoholprogramm zwar nicht in allen Punkten den Anforderungen des Programm-Managements zu genügen vermag, dass es aber trotz konzeptueller und umsetzungsbezogener Unstimmigkeiten gute Arbeit leistet.

6 **Literatur**

- Alles im Griff? (2001): Alkoholprogramm 2001, ohne Ort.
- Andreasen A.R (1995): Marketing Social Change, San Francisco.
- BAG/EAV/SFA (o.J.): Alkoholprogramm "Alles im Griff?" 1999-2002: Die Organe: Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen. ohne Ort.
- Bien TH., Miller WR., Gonigan JS. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 88(3): 315-36.
- Bolliger-Salzman H., Cloetta B., Bähler G., Müller F., Hofmann C. (2000): Das Massnahmenpaket Tabak 1996-1999 des Bundesamtes für Gesundheit. Schlussbericht über die Ergebnisse der Globalevaluation. Bern: Universität, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung für Gesundheitsforschung.
- Bundesamt für Gesundheit (1997): Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2000): Alkoholprogramm 1999-2002. Mandat für eine Globalevaluation. Bern.
- Bunton R., Baldwin S., Flynn D., Whitelaw S.(2000): The ‚stages of change‘ model in health promotion: Science and Ideology, in: *Critical Public Health*, Vol. 10, No. 1.
- Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (2002): Glossar Deutsch, www.deza.admin.ch.
- Ernest Dichter SA (2001): Bericht zu einem Pretest der Plakatkampagne „Alles im Griff?“ für das BAG. Zürich (November).
- Furrer C. (2001): Konzept- und Umsetzungsevaluation des Alkoholprogramms „Alles im Griff?“ 1999-2002. Dübendorf: Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm 1999-2002 (IPSO Sozialforschung, Dübendorf; Interface, Luzern; Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Bern).
- Grimley D., Prochaska J.O., Velicier W.F., Blais L.M., Di Clemente C.C. (1994): The Transtheoretical Model of Change,

- in: Brinthaupt, Th.M.; Lipka, R.P (Ed.): Changing the Self, Kapitel 7, S. 201-227, New York.
- Holder H. D., Reynolds R. (1995): Science and alcohol policy at the local level: a respectful partnership.
- Johannessen V., Storboekken S., Klyve A. (1999): Counselling municipalities on prevention and treatment of alcohol and drug problems – some experiences and considerations. Abstract submitted for The European Symposium on Community Action to Prevent Alcohol Problems, Porto 18.-20. November 1999.
- IPSO 1999: Posttest der Kampagne „Alles im Griff?“ 1999. Dübendorf (August).
- IPSO 1999: Pretest der TV-Spots "Alles im Griff?" (Kampagne 2000), Dübendorf (März).
- IPSO 2001(a): Posttest der Kampagne "Alles im Griff?" 2000. Dübendorf (Januar).
- IPSO 2001(b): Posttest der Kampagne "Alles im Griff?" 2001, Dübendorf (Oktober).
- Kotler Ph. (1975): Marketing for nonprofit organizations, New York.
- Kotler Ph.; Roberto E. (1991): Social Marketing, New York.
- LINK (1997): Risikoarm Alkohol konsumieren, im Auftrag von SFA und BAG.
- Mayring Ph. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, Weinheim.
- Maffli, E., Zumbrunn, A., Bacher, E. (2001): Helpline 143: Anrufe mit Alkoholproblematik. Lausanne: SFA.
- Müller R., Klingemann S., Gmel, G., Klingemann H. (1999): Risikoreiches Trinken in der Schweiz. Baseline Befragung 1998. Lausanne: SFA.
- Müller R. (2001): Risikoreiches Alkoholtrinken in der Schweiz im Wandel? Die Alkoholkampagne "Alles im Griff?". Vergleich der Baseline Befragung 1998 und der Anschlussbefragung 2000. Lausanne: SFA.
- Peters M. (2002b): Das Alkoholprogramm 1999-2002 "Alles im Griff?". Schlussbericht der Globalevaluation. Hergiswil: Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm

- 1999-2002 (IPSO Sozialforschung, Dübendorf; Interface, Luzern; Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Bern).
- Raphael D., Steinmetz B., Renwick R. (1999): How To Carry Out a Community Quality of Life Project: A Manual. Toronto.
- SCOPE (1999): "Alles im Griff?", Kommunikationskonzept-Pretest. Schlussbericht. Bern (Oktober).
- SFA (2000): Auswirkungen der Steuersatzreduktion auf ausländische Spirituosen vom 1.7.1999 mit Hinweisen auf den Alkoholmarkt und auf das Konsumverhalten, im Auftrag des BAG; Lausanne.
- Sager F.; Vatter A. (2000): Strukturen und Strategien der Kantone in der Alkoholpräventionspolitik. Eine komparative Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Verwendung des Alkoholzehntels. Studie zu Handen der Stiftung für Alkoholforschung. Bern.
- Schumacher J. (2001): Das Überschreiten des Rubikon: Willensprozesse und deren Bedeutung für Therapie und Rehabilitation. In H. Schröder & W. Hackhausen (Hrsg.), Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation (S. 66-86). Frankfurt a.M.: VAS Verlag für Akademische Schriften.
- Schwarzer R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) (1999). Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen, Lausanne.
- Sparks AG (2001): Ergebnis zum Pretest Headlines zur Glaskampagne 01, ohne Ort.
- Stoll B., Daeppen J.-B., Decrey Wick H. (1999): Die Kurzintervention: eine gezielte Beratung von Patienten mit übermäßigem Alkoholkonsum. Praxis 1999; S. 1699-1704.
- Stoll, B. (2000): Prävention des risikoreichen Alkoholkonsums - ein Fortbildungsprogramm für Hausärztinnen und Hausärzte. Newsletter 3/2000 des Teilprojekts Ärzte, S. 13-14.
- Wilk Al., Jensen N. M., Havighurst T. C. (1997): Meta-analysis of randomized control trials addressing brief intervention in heavy alcohol drinkers. J. Gen. Int. Med. 12: 274-283.