

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?"

**Schlussbericht 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, Dezember 2002

## **Inhaltsverzeichnis**

	<b>Zusammenfassung</b>	<b>6</b>
	<b>Résumé</b>	<b>10</b>
	<b>Riassunto</b>	<b>11</b>
<b>1</b>	<b>Das Alkoholprogramm 1999-2002</b>	<b>13</b>
1.1	<b>Zur Entstehung des Programms</b>	<b>13</b>
1.2	<b>Das Umfeld des Alkoholprogramms</b>	<b>14</b>
1.3	<b>Beschrieb des Alkoholprogramms</b>	<b>18</b>
1.4	<b>Beschrieb der Teilprojekte</b>	<b>20</b>
1.4.1	Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten	20
1.4.2	Teilprojekt Ärzte	21
1.4.3	Teilprojekt Internet	24
1.4.4	Teilprojekt Gemeinden	26
1.4.5	Teilprojekt Nationales Beratungstelefon	27
<b>2</b>	<b>Die Globalevaluation</b>	<b>29</b>
2.1	<b>Auftrag und Zielsetzung der Globalevaluation</b>	<b>29</b>
2.2	<b>Die Grundlage der Evaluation</b>	<b>30</b>
2.3	<b>Das Wirkungsmodell</b>	<b>31</b>
2.4	<b>Evaluationsstrategie und Verlauf der Evaluation</b>	<b>32</b>
<b>3</b>	<b>Methodik</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>Evaluationsfrage 1: Ist die Konzeptualisierung des Alkoholprogramms samt der strategischen Entscheide relevant?</b>	<b>44</b>
4.1	<b>Ebene Programm</b>	<b>44</b>
4.1.1	Konzeptualisierung	44
4.1.2	Strategie	55
4.1.2.1	Die Trägerschaft	55
4.1.2.2	Die Gliederung in Teilprojekte	56
4.1.2.3	Zielgruppen der Teilprojekte	58
4.1.2.4	Abstimmung der Teilprojekte untereinander	60

4.1.2.5	Das Alkoholprogramm als zentral geführtes, nationales Programm	61
4.1.2.6	AiG? als Social Marketing-Programm	64
4.1.2.7	Die Zielüberprüfung	66
4.1.2.8	Zusammenfassung, Beurteilung und Empfehlungen	66
4.1.3	Die Organe des Programms	71
<b>4.2</b>	<b>Ebene Teilprojekte</b>	<b>75</b>
4.2.1	Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten	75
4.2.2	Teilprojekt Ärzte	77
4.2.3	Teilprojekt Internet	80
4.2.4	Teilprojekt Gemeinden	85
4.2.5	Teilprojekt Helpline	87
4.2.6	Die Konzepte der Teilprojekte aus der Sicht der Präventions- und Suchtfachleute	88
<b>4.3</b>	<b>Zusammenfassende Beurteilung</b>	<b>90</b>
<b>5</b>	<b>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?</b>	<b>94</b>
<b>5.1</b>	<b>Ebene Programm</b>	<b>94</b>
5.1.1	Die Organisation	94
5.1.2	Ressourcen des Alkoholprogramms	101
5.1.3	Anpassung des Programms an die Sprachregionen	106
5.1.4	Umsetzung der Massnahmen	108
5.1.5	Zur Nachhaltigkeit	110
<b>5.2</b>	<b>Ebene Teilprojekte</b>	<b>111</b>
5.2.1	Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten	111
5.2.2	Teilprojekt Ärzte	113
5.2.3	Teilprojekt Internet	117
5.2.4	Teilprojekt Gemeinden	122
5.2.5	Teilprojekt Helpline	123
5.2.6	Die Umsetzung der Teilprojekte aus der Sicht der Fachleute	126
<b>5.3</b>	<b>Zusammenfassende Beurteilung</b>	<b>127</b>
<b>6</b>	<b>Evaluationsfrage 3: Durch welche Massnahmen werden die definierten Ziele und Zielgruppen erreicht und mit welchen Auswirkungen?</b>	<b>131</b>

<b>6.1</b>	<b>Die Leistungen des Programms (Output)</b>	<b>131</b>
6.1.1	Ebene Programm	131
6.1.2	Ebene Teilprojekte	133
6.1.2.1	Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten	134
6.1.2.2	Teilprojekt Ärzte	139
6.1.2.2.1	Die Evaluation des Versands von 1999	139
6.1.2.2.2	Das Fortbildungsmodul	141
6.1.2.2.3	Die Kursnachfrage	141
6.1.2.2.4	Die Kursstatistik	143
6.1.2.2.5	Die Kursbeurteilungen	145
6.1.2.2.6	Die Nicht-Teilnahme	147
6.1.2.2.7	Zusammenfassung	148
6.1.2.3	Teilprojekt Internet	150
6.1.2.4	Teilprojekt Gemeinden	152
6.1.2.5	Teilprojekt Helpline	155
6.1.3	Zusammenfassende Beurteilung	157
<b>6.2</b>	<b>Die Auswirkungen des Programms (Outcome)</b>	<b>157</b>
6.2.1	Ebene Programm	158
6.2.1.1	Medienkonferenzen	158
6.2.1.2	Auswirkungen auf die Präventions- und Suchtfachleute	159
6.2.1.3	Auswirkungen auf die Medienschaffenden	168
6.2.1.4	Die Stufen der Veränderungsbereitschaft	172
6.2.2	Ebene Teilprojekte	174
6.2.2.1	Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten	174
6.2.2.1.1	Erinnerung und Wiedererkennung	174
6.2.2.1.2	Betroffenheit	176
6.2.2.1.3	Veränderungsbereitschaft	179
6.2.2.1.4	Zusammenfassung	180
6.2.2.2	Teilprojekt Ärzte	183
6.2.2.3	Teilprojekt Internet	188
6.2.2.3.1	Grundsätzliches zur Nutzungsmessung	188
6.2.2.3.2	Ergebnisse der prozessproduzierten Daten	189
6.2.2.3.3	Ergebnisse der Analyse von Paneldaten	191
6.2.2.3.4	Ergebnisse der qualitativen Surferbefragung	194
6.2.2.3.5	Beantwortung der Fragen und Hypothesen zur Neuausrichtung	196
6.2.2.4	Teilprojekt Gemeinden	199
6.2.2.5	Teilprojekt Helpline	202
6.2.3	Zusammenfassende Beurteilung	203
<b>6.3</b>	<b>Die Einwirkungen des Programms (Impact)</b>	<b>205</b>
6.3.1	Ebene Programm	205
6.3.2	Ebene Teilprojekte	208

6.3.2.1	Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten	208
6.3.2.2	Teilprojekt Ärzte	209
6.3.2.3	Teilprojekt Internet	211
6.3.2.4	Teilprojekt Gemeinden	212
6.3.2.5	Teilprojekt Helpline	213
6.3.3	Zusammenfassende Beurteilung	214
<b>6.4</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>215</b>
<b>7</b>	<b>Evaluationsfrage 4: Welchen Einfluss hat der Kontext auf die Ziele des Alkoholprogramms?</b>	<b>217</b>
<b>8</b>	<b>Gesamtbeurteilung und Empfehlungen zum Vorgehen</b>	<b>220</b>
<b>9</b>	<b>Zusammenfassung der Empfehlungen</b>	<b>223</b>
<b>9.1</b>	<b>Empfehlungen an das BAG</b>	<b>223</b>
<b>9.2</b>	<b>Empfehlungen an Ausschuss und Aufsicht</b>	<b>225</b>
<b>9.3</b>	<b>Empfehlungen an die Teilprojektleitungen</b>	<b>231</b>
<b>9.4</b>	<b>Empfehlungen an den Evaluationsdienst</b>	<b>232</b>
<b>10</b>	<b>Ein Vergleich des Massnahmenpakets Tabak mit dem Alkoholprogramm "Alles im Griff?"</b>	<b>235</b>
<b>10.1</b>	<b>Vorbemerkung</b>	<b>235</b>
<b>10.2</b>	<b>Ausgangslage der beiden Programme</b>	<b>236</b>
<b>10.3</b>	<b>Ergebnisse des Vergleichs</b>	<b>237</b>
10.3.1	Kontext	237
10.3.2	Konzepte	239
10.3.3	Umsetzung	242
<b>10.4</b>	<b>Kommentar</b>	<b>244</b>
	<b>Anhang</b>	
	Literatur	244
	Abkürzungsverzeichnis	248
	Verzeichnis der Darstellungen	249

## Zusammenfassung

Das Alkoholprogramm ist ein **Präventionsprogramm** und war vorerst auf vier Jahre, von 1999 bis 2002, angelegt. Es wird vom Bundesamt für Gesundheit, der Eidgenössischen Alkoholverwaltung sowie der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme getragen.

Das **Globalziel** ist die "*Reduktion risikoreicher Trinkmuster in der Bevölkerung*". Unter dem Namen "Alles im Griff?"<sup>1</sup> und dem Symbol eines Flaschenöffners soll die Bevölkerung informiert, sensibilisiert und zu einem risikoarmen Alkoholkonsum ange-regt werden. Insbesondere sollen die **episodischen Risiko-konsumierenden** angesprochen werden, also Frauen und Männer, die mehr als zweimal im Monat übermässig Alkohol trinken. Übermässig heisst: für Frauen mehr als 4 Gläser, für Männer mehr als 5 Gläser.

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

- Das sichtbarste und auch budgetmässig grösste (ca. 70%) Teilprojekt ist die **Kampagne**. Mit Plakaten, TV- und Kino-Spots soll die Bevölkerung sensibilisiert und insbesondere das Problembewusstsein 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.
- Das Teilprojekt **Ärzte** bietet den medizinischen Grundver-sorgerInnen eine Fortbildung für Kurzinterventionen an, mit denen sie ihre PatientInnen auf Alkoholkonsum ansprechen sollen.
- Das Teilprojekt **Internet** soll in erster Linie auf spielerische Weise allen Surfern die Präventionsbotschaften und Infor-mationen des Alkoholprogramms vermitteln.
- Mit dem Teilprojekt **Gemeinden** sollen Gemeinden mit 5'000 bis 50'000 Einwohnern angeregt werden, eine lokale Alko-holpolitik zu beschliessen und umzusetzen.

---

<sup>1</sup> "Ca débouche sur quoi?" bzw. "Che ci cavi?"

- Das Teilprojekt **Helpline** war nur im Jahre 2000 aktiv. Es sollte Personen, die Nummer 143 wegen eines Alkoholproblems anriefen, ein sachgerechtes Gespräch anbieten.

Der **Auftrag an die Evaluation** bestand darin, die folgenden vier Fragen zu beantworten:

1. Ist die Konzeptualisierung des Alkoholprogramms samt der strategischen Entscheide relevant?
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?

Die **Methodik** ergab sich aus dem Auftrag und dem Wirkungsmodell des Programms: So wurden die verfügbaren Dokumente des Programms analysiert, zahlreiche bereits bestehende Berichte ausgewertet sowie prozessproduzierte Daten aus den Teilprojekten und eingekaufte Daten verwendet: Daneben wurden 15 eigene, qualitative und quantitative Datenerhebungen durchgeführt. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist gegeben.

Die **Ergebnisse** lassen sich als Antworten auf die obigen Fragen wie folgt kurz zusammenfassen:

1. 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.

2. 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 erwarten werden.
3. 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.

4. Der **Kontext** beeinflusste sowohl die Zielformulierung als auch die Zielerreichung. Dieser Einfluss ist insgesamt – mit einer Ausnahme – nur als mässig zu bezeichnen: Verschiedene gesetzliche Veränderungen im Steuer-, Gastgewerbe- und Medienbereich widersprechen in ihrer Intention jedoch dem Alkoholprogramm und beeinträchtigen seine Auswirkungen. Diese Situation ist eine Folge der einer fehlenden, umfassenden Alkoholpolitik.

**Zusammenfassend** halten wir fest, dass das Alkoholprogramm im Grossen und Ganzen bisher erfolgreich war, auch wenn die Nachhaltigkeit noch nicht sichergestellt ist. Die Teilprojekte sind unterschiedlich erfolgreich.

Daraus ergeben sich die folgenden **Empfehlungen**:

1. *Das Alkoholprogramm ist weiter zu führen.*
2. *Das Design ist zu überprüfen. Die gewählte theoretische Grundlage ist konsequent anzuwenden und umzusetzen.*

3. *Es sind Massnahmen zu treffen, welche eine Erhöhung der Nachhaltigkeit des Programms erwarten lassen.*
4. *Die bisherigen Teilprojekte sind auf ihren Beitrag an das Globalziel hin zu überprüfen und ihre künftige Budgetierung vor diesem Hintergrund entscheiden.*

Über die konkreten, programmbezogenen Ergebnisse hinaus kommt die Evaluation zu **weiteren Folgerungen** für das Programmmanagement im Bundesamt für Gesundheit:

im Hinblick auf **strategische Aspekte**:

- Die spezifischen Rahmenbedingungen eines Programms (Projekts) sind im Detail zu klären, bevor es implementiert wird.
- Programme auf zu abstrakte und theoretische Konzepte aufzubauen, ist der Implementierung eines Programms nicht immer förderlich. Dies gilt vor allem in den Fällen, in denen diese Konzepte nicht in ein ausformuliertes Programmkonzept ("log-frame") eingearbeitet werden.
- Bei der Wahl von Teilprojekten, die in einem derartigen Programm unvermeidlich sind, ist im Vorfeld stärker herauszuarbeiten, welchen Zielbeitrag die einzelnen Teilprojekte leisten können.

im Hinblick auf **operative Aspekte**:

- Programmkonzepte sind einer ex ante Evaluation zu unterwerfen, bei der auch die vorgesehene Projektorganisation berücksichtigt wird.
- Konzeptualisierung (Strategie) und Umsetzung von Programmen sind klar zu trennen.

im Hinblick auf **politische Aspekte**:

- Eine breite politische Akzeptanz in einem Programm ist für seine Erfolgchancen von grosser Wichtigkeit.
- Die Evaluation ist in einem Programm (Projekt) von Anfang mitzudenken und mitzuplanen.

## **Résumé**

## **Riassunto**

## **Danksagung**

Unser Dank geht an alle Personen, die uns in irgendeiner Form Informationen zur Verfügung stellten, ohne sie wäre diese Studie nicht möglich gewesen. Allen voran danken wir den Personen im Umfeld des Alkoholprogramms, die uns – teilweise mehrmals – als Gesprächspartner zur Verfügung standen und die als Evaluierende unsere Arbeit nach Kräften unterstützten. Besonderer Dank geht an Susanne Stahl, Ellen Hildebrand, Daniel Brenner, Markus Allemann (alle BAG), Michel Graf (SFA), Richard Müller (SFA) und Christoph Zurbrügg (EAV).

Marlène Läubli und Herbert Brunold vom Kompetenzzentrum für Evaluation des BAG danke ich für die verständnisvolle Unterstützung und Begleitung unserer Evaluation.

Die Evaluationsexperten Max Bergmann und Patrick Kennis haben mit ihren treffenden Kommentaren ihre Aufgabe der "peer review" auf eine angenehme und fruchtbare Art wahrgenommen, auch Ihnen sei herzlich gedankt.

für das Evaluationsteam:

Matthias Peters  
Projektleitung

# **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 mit dem Massnahmenpaket Drogen (MaPaDro) 1991 im illegalen Bereich eingeleitet wurde.

Während den Vorarbeiten wurde 1993 über die sog. Zwillingssinitiative abgestimmt, die ein Werbeverbot für alkoholische Getränke und Tabakwaren verlangte. Als Folge der deutlichen Ablehnung der Initiative und der prekären Bundesfinanzen nahm das BAG Mitte der 90er Jahre eine strategische Neuorientierung der Präventionspolitik vor. 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.

Gleichzeitig liefen die Vorarbeiten für ein Massnahmenpaket Alkohol weiter. Nebst dem federführenden BAG war auch die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) massgeblich an diesen Arbeiten beteiligt. Zudem konnte die Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) zur Mitarbeit und Mitfinanzierung gewonnen werden. Auf Grund der Erfahrungen mit dem Tabakprogramm verzichtete das BAG jedoch darauf, dem Bundesrat eine umfassende Alkoholpolitik inklusive gesetzgeberischer Massnahmen vorzuschlagen.

Ab Mitte der 90er Jahre nahm die Brisanz der illegalen Drogenproblematik ab. Dies ermöglichte eine Umverteilung von Geldern, welche nun für die Förderung der Alkoholprävention zur Verfügung standen. 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 SFA, die seit Jahren für Massnahmen plädiert und lobbyiert hatte.

Es wurde beschlossen, im März 1999 das Programm offiziell mit einer massenmedialen Kampagne mit Inseraten, Plakaten und TV-Spots zu starten. So blieb nur wenig Zeit, die Projektorganisation und die Eckpunkte des Projekts festzulegen. Insbesondere der Ausschuss und – nach ihrer Besetzung – auch die Programmleitung arbeiteten unter grossem Zeitdruck. Die definitive Bestimmung der Strategie, Zielgruppen etc. dauerte länger als erwartet, wodurch sich die Konzeptualisierung mit der Umsetzung des Alkoholprogramms zu überschneiden begann. Im Bereich Kampagne waren beispielsweise für 1998 bereits finanzielle Mittel budgetiert. Dies führte Ende 1998 zu einem vorgezogenen massenmedialen Auftritt des Programms mit Inseraten, auch die Produktion der TV-Spots wurde bereits begonnen. Im März 1999 wurde das Programm offiziell gestartet.

## 1.2 **Das Umfeld des Alkoholprogramms**

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

**Erstens** war die Alkoholprävention in der Schweiz bisher traditionellerweise eine **Aufgabe der Kantone** und verschiedener Institutionen, wie beispielsweise der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) oder Vereinen, wie dem Blauen Kreuz. Die Kantone bekamen insbesondere den sogenannten Alkoholzehntel als finanzielle Unterstützung vom Bund zur Verfügung, welcher für die Bekämpfung der Ursachen und Wirkungen von Suchtproblemen zu verwenden ist.<sup>2</sup> Das bedeutet, dass bereits erfahrene Akteure existierten, während der Bund als "Neuling" in diesem Feld auftrat, wie dies bereits beim Tabakprogramm der Fall gewesen war.

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.<sup>3</sup> Die Chance, in der Schweiz von Massnahmen der Alkoholprävention angesprochen zu werden, hängt stark vom Wohnort ab. Im Sinne von Versorgungsgerechtigkeit rechtfertigt das BAG deshalb Bundesaktivitäten in der Alkoholprävention. Der Bund hat auf der Basis von Bundesverfas-

---

<sup>2</sup> nBV Art. 131 Absatz 3.

<sup>3</sup> Sager & Vatter (2000)

sung und Lebensmittelgesetz die Möglichkeit, Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zu treffen und den schädlichen Wirkungen des Alkoholkonsums Rechnung zu tragen.<sup>4</sup>

Die Ausgangslage war für das Alkoholprogramm also je nach Kanton unterschiedlich.

**Zweitens** konnten auf der gesellschaftlichen Ebene eine Veränderung in der **Wahrnehmung von Alkohol** festgestellt werden. Einerseits traten seit Mitte der 90er Jahre in der Wahrnehmung der Bevölkerung die illegalen Drogen als Problem immer weiter in den Hintergrund. Gleichzeitig verstärkte sich die Sorge um den Alkoholkonsum, insbesondere der Jugend. Andererseits revidierten verschiedene Organisationen, welche von ihrer Tradition her abstinenzorientiert waren, ihre Haltung hin zu einem bewussten und massvollen Umgang mit Alkohol.

Diese Umstände begünstigten die Zielsetzung des Alkoholprogramms, welche 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.<sup>5</sup>

Die Auswirkungen dieses alkoholpolitischen Ereignisses auf die Zielerreichung des Alkoholprogramms Alles im Griff? (AiG?) können empirisch nicht festgestellt werden. Die im Rahmen der Evaluation befragten ExpertInnen der Sucht- und Präventionszene<sup>6</sup> meinen jedoch, dass sie sich negativ auswirken.

**Viertens** beeinflusst auch die Lockerung der **Gesetze im Gastgewerbe** die Wirkung von AiG?. Für die Führung eines

---

<sup>4</sup> 1. nBV Art. 118 Absatz 1; nBV Art. 118 Absatz 2 Buchstabe b; nBV Artikel 105. 2. Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände vom 9.10.1992, Artikel 12.

<sup>5</sup> SFA (2000)

<sup>6</sup> Datenquelle 4 (vgl. Darstellung 6)

Gastbetriebes ist in vielen Kantonen kein Wirtepatent mehr nötig. Vor der Gesetzesänderung konnte in der Ausbildung der künftigen Wirte auf die gesetzliche Lage und die Problematik des Alkoholausschankes aufmerksam gemacht werden.

Nach Ansicht der befragten ExpertInnen<sup>7</sup> ist bei den Gastwirten zunehmend eine Wissenslücke in diesem Bereich festzustellen.

**Fünftens** ist im Zusammenhang mit einem Alkoholpräventionsprogramm auch die **Alkoholindustrie** zu beachten. In der Schweiz kann zwischen dem Wein- und dem Bier- bzw. Spirituosensektor unterschieden werden. Ersterer besteht aus zahlreichen eher kleineren Unternehmen des Weinanbaus und grösseren Distributeuren. Der Bier- und Spirituosensektor ist im Gegensatz dazu konzentrierter und wird von wenigen, in zunehmendem Masse ausländischen Firmen beherrscht. Im Ausland ist die Alkoholindustrie teilweise in Präventionsprogramme eingebunden. Auch in der Schweiz ist die Sensibilität verschiedener Interessenverbände und des Gastgewerbes gestiegen. Eine Zusammenarbeit mit der Alkoholindustrie kam wie beim Tabakprogramm 1996-1999 für das BAG jedoch nicht in Frage.

Hingegen gehören Verbände aus den Bereichen Alkoholindustrie, Alkoholdistribution und Gastgewerbe, zusammen mit der SFA, zu den Mitbegründern von Educ'alcool, einer Alkoholpräventionsorganisation, welche im Januar 2000 gegründet wurde und auch unterstützt von der EAV wird. Das Ziel ihres Projekts "Limited" ist es, Junge mit Informationsmassnahmen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu motivieren. Limited versucht das BAG für eine zumindest ideelle Unterstützung zu gewinnen. Für Educ'alcool ist die Zusage entscheidend um weitere Mitfinanzierer für das Programm zu finden. Der Entscheid steht noch aus, das Projekt noch nicht angelaufen (Stand August 2002).

Aus unserer Sicht ist diese Ausgangslage für das Alkoholprogramm eher als günstig zu beurteilen. Der Einbezug eines weiteren Partners, der zudem andere, nämlich ökonomische Interessen hat, hätte konzeptuelle Arbeiten wohl schwieriger gemacht. Den Nutzen eines Einbezugs (z.B. Mitfinanzierung) schätzen wir demgegenüber als geringer ein.

---

<sup>7</sup> Datenquelle 4 (vgl. Darstellung 6)

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

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 dessen Weiterführung über 2002 hinaus empfohlen. Weiter sollen auch die Kantone Sensibilisierungsprogramme durchführen, welche auf die Aktivitäten des Bundes abgestimmt sind. Grundsätzlich sollen die Kantone aber weniger eine suchtmittelspezifische als vielmehr eine allgemeine Suchtpolitik formulieren. So wurde eine Umfrage in den Kantonen durchgeführt um abzuklären, ob der Wunsch nach Unterstützung bei der Formulierung einer kantonalen Alkoholpolitik bestehe. Mehr als zehn Kantone antworteten positiv. Nun wird eine Zusammenarbeit zwischen der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EAK) und diesen Kantonen entwickelt.

Der NAAP verbessert aus der Sicht der Evaluation das Umfeld für das Alkoholprogramm.

**Siebtens** hat der Bundesrat im Januar 2002 die Stossrichtung für die Erarbeitung der Botschaft zum **Radio- und TV-Gesetz** (RTVG) festgelegt. Sie sieht vor, dass bei den privaten Radio- und TV-Stationen Werbung für Bier und Wein, nicht aber für Spirituosen, zugelassen werden. 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 Fernmeldekommission des Nationalrats eine vorgezogene Teilrevision jedoch abgelehnt. Das Geschäft wird als nächstes im Nationalrat behandelt.

Die konkreten Effekte dieser Änderung sind auch vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungsergebnisse schwer abzuschätzen. Auf der symbolischen Ebene hingegen beurteilen wir sie als ungünstig, da die Zulassung von Werbung der Idee der Prävention widerspricht.

**Achtens** sind die in Aussicht stehenden oder zu erwartenden Änderungen im Bereiche des Strassenverkehrsgesetzes (SVG) zu erwähnen. Im April 2002 ist die Referendumsfrist für das revidiert Strassenverkehrsgesetz ungenutzt verstrichen. Darin ist die Bestimmung enthalten, dass neu die zuständigen Kontrollorgane auch ohne Verdachtsmomente eine Atemprobe anordnen können, und der Führerausweis auf Probe. Die Massnahmen sollen ab 2004 in Kraft gesetzt werden.

In der Herbstsession 2002 hat der Ständerat der Verordnung über die Blutalkoholgrenzwerte im Strassenverkehr (Senkung auf 0.5 Promille) deutlich zugestimmt. Die Verkehrskommission des Nationalrates hat ebenfalls Zustimmung empfohlen. Falls der Nationalrat zustimmt, tritt die Verordnung 2004 in Kraft.

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?"<sup>8</sup> und dem Symbol eines Flaschenöffners soll die Bevölkerung informiert, sensibilisiert und zu einem risikoarmen Alkoholkonsum angeregt werden.

**Risikoreicher Konsum** wird im Programm wie folgt definiert:

*Darstellung 1: Definition der risikoreichen Trinkmuster*

<b>Risikoreiche Trinkmuster<sup>9</sup></b>	<b>Definition</b>
Chronisches Trinken	Täglich mehr als zwei (für Frauen) oder drei (für Männer) Gläser eines alkoholischen Getränks <sup>10</sup>
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.

<sup>8</sup> "Ca débouche sur quoi?" bzw. "Che ci cavi?"

<sup>9</sup> Eine Kombination der verschiedenen Formen des Risikokonsums ist möglich (Risikokumulation).

<sup>10</sup> Unter einem Glas alkoholischen Getränks werden 12 Gramm reinen Alkohols verstanden.

Um **Sensibilisierung und Problembewusstsein** konkret zu fassen, wurde das Transtheoretische Modell nach Prochaska<sup>11</sup> verwendet, das die Verhaltensänderungen an Hand eines Stufenmodells darstellt:

Darstellung 2: Das Stufenmodell von Prochaska

	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)	Verhalten wird geändert
5.	Aufrechterhaltungsphase (Maintenance)	Verhaltensänderung wird aufrecht erhalten

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.

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
- 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:<sup>12</sup>

*"Bei den episodischen RauschtrinkerInnen mit Schwergewicht in der Zielgruppe der 20-30jährigen soll der Anteil der Personen in der vormotivationalen Phase von 78%<sup>13</sup> auf 70% reduziert werden, unter gleichzeitiger Beibehaltung eines konstanten*

<sup>11</sup> z.B. Grimley et al. (1994)

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

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

*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 Kotler<sup>14</sup> mit dem Transtheoretischen Modell von Prochaska verknüpft und weiter entwickelt.<sup>15</sup> 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 (TP) mit eigenen Zielsetzungen und -gruppen (vgl. 1.4).

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.

## **1.4 Beschrieb der Teilprojekte**

### **1.4.1 Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten**

Wichtigstes Teilprojekt in bezug auf Sichtbarkeit und Budget (ca. 70%) ist das Teilprojekt Kampagne. Neben einer allgemeinen Sensibilisierung der Bevölkerung soll insbesondere das

---

<sup>14</sup> Kotler (1975) oder Kotler & Roberto (1991)

<sup>15</sup> Andreasen (1995)

Problembewusstsein der Risikogruppe der episodischen RauschtrinkerInnen oder episodischen Risikokonsumierenden, den sogenannten Bingers,<sup>16</sup> zwischen 20 und 30 Jahren erhöht werden.

Mit Plakaten sowie TV- und Kinospots soll die Bevölkerung dazu gebracht werden, über das eigene Alkohol-Trinkmuster nachzudenken. Nach einer ersten Inseratenkampagne Ende 1998 wurden seit 1999 alljährlich Kampagnen durchgeführt, häufig mit Schwerpunkten im Frühjahr und Herbst. In früheren Jahren wurden teilweise auch Inserate eingesetzt und die Kampagne war an einzelnen Veranstaltungen präsent.

Im Teilprojekt **Partneraktivitäten** werden den regionalen und kommunalen Präventionsfachstellen und Alkoholberatungen gratis Plakate und Werbematerialien zum Verteilen abgegeben. Die Partner können kostenlos ihre eigenen Botschaften in die Plakate des Programms eindrucken lassen, für den Aushang zeichnen sie selber verantwortlich. Mit dem Aushang dieser Plakate wird die Sichtbarkeit der Kampagne erhöht.

Weil das TP Partneraktivitäten inhaltlich auf den Inhalten und Materialien des TP Kampagne aufbaut und ihm organisatorisch zugeordnet ist, wird es in der Folge zusammen mit dem TP Kampagne behandelt.

#### 1.4.2 **Teilprojekt Ärzte**

Das Ärzteprojekt startete im Januar 2000 mit der Zielsetzung, die ÄrztInnen für den risikoreichen Konsum von PatientInnen zu sensibilisieren. Zu diesem Zweck sollte ein nationales **Fortbildungsangebot** etabliert werden. Dieses funktioniert nach dem „Teach on teaching“-Prinzip. Konkret sollte pro Region ein Grundversorger oder eine Grundversorgerin vom Projektleiter als regionaler Koordinator ausgebildet werden. Er/Sie ist nachher befähigt, weitere ÄrztInnen zu unterweisen. Diese VermittlerInnen sollen für die Präsenz und Verankerung des Themas des risikoreichen Konsums in einer Region garantieren.

Das Ärzteprojekt verfolgt gemäss Vertrag vom 15.05.00 vier allgemeine **Zielsetzungen** auf der Ebene der Wirkungen:

---

<sup>16</sup> englisch „binge“: Saufgelage

- Erhöhung der Sensibilität der Grundversorger gegenüber risikoreichem Alkoholkonsum (durch den Besuch eines halbtägigen Seminars).
- Erhöhung der Zahl der Kurzinterventionen bei risikoreichem Alkoholkonsum durch die Grundversorger (mindestens 10 Kurzinterventionen nach dem Kurs).
- Die Entwicklung einer dauerhaften Fortbildung im Bereiche des Alkohols (und/oder anderer Abhängigkeiten).
- Verbesserung der Promotionsstrategien für die Fortbildung im Bereiche der Prävention.

Konkret wurden die folgenden **Leistungen** oder Produkte definiert:

- Schaffung eines Netzwerkes von Grundversorgern und andern Gesundheitsfachleuten, die interessiert sind, diese Fortbildung in ihrer Region zu fördern.
- Angebot einer Fortbildung für zukünftige Fortbildner (teach on teaching).
- Organisation und Durchführung von Kursen für GrundversorgerInnen in den Regionen.
- Präsentation des Konzepts und seiner Grundlagen an Kongressen.
- Abklären verschiedener Strategien der "Vermarktung" des Kurses.
- Umsetzung in Publikationen.

Die wichtigste **Massnahme** war das Angebot eines Fortbildungsmoduls. Dieses beruht auf einem ausgearbeiteten und auf seine Anwendbarkeit geprüften interaktiven Seminar, das im Rahmen eines früheren BAG-Mandates von der Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie (UMA) Lausanne in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Genf entwickelt worden war. Die Medizinische Poliklinik der Universität Lausanne realisierte dann im Rahmen eines weiteren Mandates des BAG ein Pilotprojekt dazu. Bestandteil des Moduls ist eine Selbstevaluation der eigenen Tätigkeit im Vorfeld oder im Nachgang zum Seminar.

Der spätere Leiter des TP Ärzte war in beiden Projekten stark engagiert. Das Koordinationsbüro des Ärztesprojekts wurde auf den 01.07.2000 bei der FMH angesiedelt, die sich bereit erklärt hatte, das Patronat für die Kurse, aber keine Kosten zu über-

nehmen. "Gleichzeitig stellt(e) die FMH ihr diesbezügliches Know-how, Raum in der Schweizerischen Ärztezeitung sowie das spezifische Adressmaterial zur Verfügung".<sup>17</sup> Auf den 01.09.2000 übernahm die FMH die finanzielle Administration und die Verwaltung der Fremdkosten im Rahmen des Ärzteprojekts.<sup>18</sup>

Weiter sollten **Informationsmaterialien** für die GrundversorgerInnen erarbeitet werden. Dabei stand ein Manual über den risikoreichen Konsum für Ärzte im Vordergrund. Grundlagen dazu waren aus früheren Projekten des BAG hervorgegangen und sollten im Zusammenhang mit AiG? weiterbearbeitet werden.

Das TP hat eine längere **Vorgeschichte**, die im folgenden in aller Kürze dargestellt wird:

- Schon vor 1998 hatte das BAG mit der FMH gemeinsame Aktivitäten geplant, die aber nicht realisiert wurden. Zudem hatte die FMH ein Manual zur Unterstützung der Ärzteschaft erstellen lassen, das aber im Entwurfstadium blieb.
- Die Baseline-Befragung (Müller 1999) hatte das episodische Risikotrinken als zentrales Problem gezeigt, das in der Folge dann zum Fokus von AiG? wurde.
- Zur gleichen Zeit nahm man beim BAG Kenntnis von Studien der WHO, welche die Wichtigkeit der Früherkennung von risikoreichem Alkoholkonsum und die Bedeutung der Kurzintervention durch Ärzte aufzeigten. Dies führte dann zur Schaffung des TP.
- Um die Ärzte in der Alkoholprävention zu unterstützen, liess das BAG einen Gesprächsleitfaden für Ärzte erarbeiten. Dieser Leitfaden fand trotz einer Vernehmlassung bei den Alkohol-Experten in der Romandie letztlich nur mangelnde Akzeptanz.
- Das BAG plante, den Gesprächsleitfaden mit weiteren Unterlagen allen GrundversorgerInnen zuzustellen und fragte die FMH um Kooperation an. Die FMH lehnte den Leitfaden ab und übernahm kein Patronat für den Massenversand, den sie als ungeeignet ablehnte.
- In der Folge führte das BAG einen Testlauf bei 30 Ärzten in der Ostschweiz durch und evaluierte ihn intern. Aufgrund der

---

<sup>17</sup> vgl. Vertrag vom 21.06.00

<sup>18</sup> vgl. Vertrag vom 01.07.00

positiven Ergebnissen entschied sich das Programm dennoch für die Durchführung des Massenversandes im Herbst des Jahres 1999.

- Dieser Versand wurde im Frühjahr 2000 einer externen Evaluation unterzogen.<sup>19</sup>

### 1.4.3 Teilprojekt Internet

Das Teilprojekt beinhaltet die Erstellung und den Betrieb eines Internet-Auftritts für das Alkoholprogramm.

Das **Ziel** wurde als doppeltes Ziel definiert:

- laufende öffentliche Programm-Dokumentation, und
- Aufklärung zum risikoreichen Alkoholkonsum.

Daraus wurden die folgenden Jahresziele abgeleitet:

*Darstellung 3: Jahresziele 1999 - 2002*

Jahr	Jahresziele
99/00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Immer mehr Surfer befassen sich spielerisch mit Fragen, Antworten und Tipps des Alkoholprogramm</li> <li>- Fachleute und Medien erhalten gezielte Informationen</li> <li>- Die beim Alkoholprogramm mitarbeitenden Personen erhalten ein gemeinsames Arbeitsinstrument (Forum).</li> </ul>
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analog 1999</li> <li>- Ausbau des Forums</li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überarbeitung in einer den unterschiedlichen Zielgruppen adäquaten Form</li> <li>- Homepage als Teil des Programms erkennbar</li> <li>- Implementierung "Content Sharing"/Portalfunktion</li> <li>--Adaptationen der unterschiedlichen und wechselnden Bedürfnisse des Programms</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überarbeitung/Umbau der Homepage mit Fokus auf den Fun-Bereich</li> <li>- Erhöhung des Traffic durch Ausbau des Fun-Bereichs</li> <li>- Laufende öffentliche Programm-Dokumentation</li> <li>- Aufklärung zum risikoreichen Alkoholkonsum</li> </ul>

Aufgrund früherer Arbeiten für das BAG wurde zur **Umsetzung** die Firma intervention GmbH zu Beginn März 1999 beauftragt,

<sup>19</sup> vgl. Datenquelle XIII (Darstellung 7)

innerhalb gut eines Monats eine Homepage in vier Sprachen zu konzipieren und zu realisieren, wobei die Inhalte vom Programm zu liefern waren. Die angestrebte Wirkung wurde wie folgt beschrieben:<sup>20</sup>

- Die Surfer befassen sich spielerisch mit den Fragen, Antworten und Tipps des Programms, und
- Fachleute und Medien erhalten gezielt aktuelle Informationen.

Ein zweites Mandat an die gleiche Firma (01.03.2000 bis 28.02.2002) hatte insbesondere Umbau, Ausbau Pflege und Erhöhung der Interaktivität der Homepage zum Inhalt.

Ein zusätzliches Mandat (15.07.2000 bis 30.11.2000) beinhaltete den Auftrag zum Umbau und der Homepage. Der Umbau war vor allem durch die neugestaltete Kampagne 2000 bedingt. Parallel dazu (01.07.2000-30.11.2000) erging ein Auftrag an die NetAgentur Brüggl Informatik, die im Auftrage der intervention GmbH die Homepage technisch realisiert hatte.

Als **Wirkungsindikator** wurde schon im ersten Mandat die Anzahl der Zugriffe auf Homepage genannt. Neben technischen Indikatoren werden im zweiten Mandat wiederum Indikatoren der Nutzung (Anzahl Abonnenten Newsletter, Nutzung des Forums, Nutzung Stammtisch, Nutzung der Moderationsmöglichkeiten der Teilprojektmitarbeitenden) definiert.

Im Ausschuss wurde beschlossen, das Mandat für den Internet-Auftritt neu auszuschreiben und die **Ausschreibung** in der Sitzung vom 20.06.2001 vorbereitet. Die Ausschreibung erfolgte im Einladungsverfahren am 21.07.2001 an vier ausgewählte Anbieter.

Der **Zuschlag** erfolgte, nach einer Überarbeitungsrunde durch die beiden Erstplatzierten, am 17.10.2001 an die Werbeagentur

---

<sup>20</sup> vgl. Vertrag vom 04.03.1999, S. 2

cR DDB. Ausschlaggebend dabei waren "die konsequente grafische Umsetzung, das gute Layout sowie die Club-Idee."<sup>21</sup>

Im jetzt laufenden Vertrag werden die folgenden **Ziele** erwähnt:

- Ausrichtung auf die Zielgruppe 20-30jährige,
- Portalfunktion für Alkoholprävention,
- Internes Gefäss für Programm-Mitarbeitende,
- Erhöhung der Anzahl an Internet-Besuchern, die Präventionsbotschaften Informationen des Alkoholprogramms lesen,
- Neu gewonnene Besucher sollen die Seite wieder besuchen (durchschnittlich 2 Besuche pro Besucher).

Die Zielerreichung soll alle 3 Monate durch Messungen überprüft werden.

Das neue, bis Ende Februar 2003 laufende Mandat ist im weiteren organisatorisch neu verankert. Im Gegensatz zu den früheren Mandaten wird es nicht mehr von der Programmleitung betreut, sondern von der Sektion Kampagnen und Marketing, ehemals Dienst Kampagnen.

Aus der Sicht der Evaluation wird das TP Internet als eigenständiges TP verstanden, auch wenn die Eigenständigkeit von den im Programm involvierten Personen unterschiedlich hoch beurteilt wird und es für einige Personen immer zur Kampagne gehörte.

Wir begründen dies damit, dass es zu Beginn eine eigene Projektleitung und ein eigenes Budget besass und wie die andern Teilprojekte der Programmleitung direkt unterstellt war.

#### **1.4.4 Teilprojekt Gemeinden**

Das Teilprojekt Gemeinden oder "Die Gemeinden handeln!" richtet sich an Gemeinden mit 5'000 bis 50'000 Einwohnern<sup>22</sup> und bezweckt eine kommunale Einbettung ("community setting") des Alkoholprogramms an. Es strebt drei Ziele an:<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> vgl. Protokoll Ausschuss-Sitzung vom 17.10.2001, S. 4

<sup>22</sup> Auf Grund der Erfahrungen wird für die Fortsetzung des TP ab 2003 die Zielgruppe neu auf Gemeinden zwischen 3'000 bis 30'000 Einwohner festgelegt.

<sup>23</sup> Radix (2000)

- In exemplarischen Gemeinden eine innovative lokale Alkoholpolitik anregen und umsetzen helfen.
- Lokalen Partnerorganisationen (Fachstellen, Organisationen, Kommissionen) Verstärkung für lokale AiG?-Initiativen und eine lokale Alkoholpolitik bieten.
- Spezifische Produkte, Know-how und landesweite Impulse schaffen für die Projektphase und für eine weiterführende Entwicklung nach Ende 2002.

Daraus wurden drei operationalisierte Ziele abgeleitet, die sich an das Transtheoretische Modell anlehnen, und dazu gehörige Massnahmen vorgeschlagen:<sup>24</sup>

- Phase 1: Aufmerksamkeit wecken, Motivation erzeugen (vornominale und nominale Phase): Konfrontation mit Testkäufen, Einladung zu Ausbildungsseminar an PolitikerInnen, Ansprache der Öffentlichkeit durch verdecktes Theater, AiG-Platzinstallation.
- Phase 2: Ziele und Mittel geben, Empowerment (Vorbereitungs- und Handlungsphase): Ausbildungsseminare für lokale Fachpersonen, Qualitätsförderung für lokale Initiativen, verdecktes Theater und Platzinstallation.
- Phase 3: Bestätigen und Belohnen (Aufrechterhaltung): Zusammenfassung der Erfahrungen in einem Handbuch, Nationale Bilanz-Tagung zur Verbreitung der Idee.

Die Auswahl der Gemeinden sollte in Zusammenarbeit mit den kantonalen Delegierten für Gesundheitsförderung, den VertreterInnen der Alkoholprävention A+S und der Programmleitung erfolgen. Das Pilotprojekt wurde Mitte November 2000 gestartet und dauert bis Ende März 2003. Dabei war insbesondere darauf zu achten, dass nicht Gemeinden ausgewählt wurden, zu denen schon Kontakte bestanden und in denen bereits lokale Prozesse am Laufen waren.

#### **1.4.5 Teilprojekt Nationales Beratungstelefon**

In der Schweiz existieren verschiedene telefonische Beratungsstellen. Die bekannteste Nummer dürfte das flächendeckende Telefon 143 sein, welche der Verband "Die Dargebotene Hand" führt. Sie bietet während sieben Tagen rund um die Uhr anonyme telefonische Unterstützung für Hilfesuchende, häufig

---

<sup>24</sup> Radix (2000)

Personen in verzweifelten Situationen. Das Beratungstelefon ist darüber hinaus nicht auf eine besondere Zielgruppe ausgerichtet. Die BeraterInnen sind Freiwillige, welche in Kursen weitergebildet werden.

In der Westschweiz existiert seit zwei Jahren die Alco-line, eine auf Alkoholprobleme spezialisierte telefonische Anlaufstelle. Dieses von den Kantonen Genf und Waadt lancierte Projekt wird von Fachpersonen geführt. Es will sowohl von der Alkoholproblematik Betroffene als auch Professionelle kompetent unterstützen. Alco-line ist zu den Bürozeiten erreichbar.

Mit der Idee, dass risikoreich Alkoholkonsumierende, welche sich zu den Personen in der motivationalen Phase (vgl. Darstellung 1) zählen, weiterführende Informationen finden sollen, wurde im Rahmen des Alkoholprogramms ein Teilprojekt "Nationales Beratungstelefon" (Helpline) lanciert.

Das Projekt wurde mit der Dargebotenen Hand realisiert und nach nur einem Jahr, Ende 2000, gemäss der Sprachregelung des Programms "sistiert", faktisch aber beendet.

## 2 Die Globalevaluation

### 2.1 Auftrag und Zielsetzung der Globalevaluation<sup>25</sup>

**Auftrag und Zielsetzung** der Evaluation wurden vom BAG in der Ausschreibung des Mandats 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."*<sup>26</sup>

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

5. Ist die Konzeptualisierung des Alkoholprogramms samt der strategischen Entscheide relevant (Problemdefinition, gewählte Strategie, Zielfestlegung, Zielgruppen, Vergleich mit andern Modellen)?
6. 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?
7. Durch welche Massnahmen werden die definierten Ziele und Zielgruppen erreicht und mit welchen Auswirkungen?
8. Welchen Einfluss hat der Kontext (politisch, ökonomisch, sozial, kulturell, regional etc.) auf die Ziele des Alkoholprogramms?

Die zentralen Befunde der Evaluation sind in einem Kurzbericht festgehalten.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> 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)

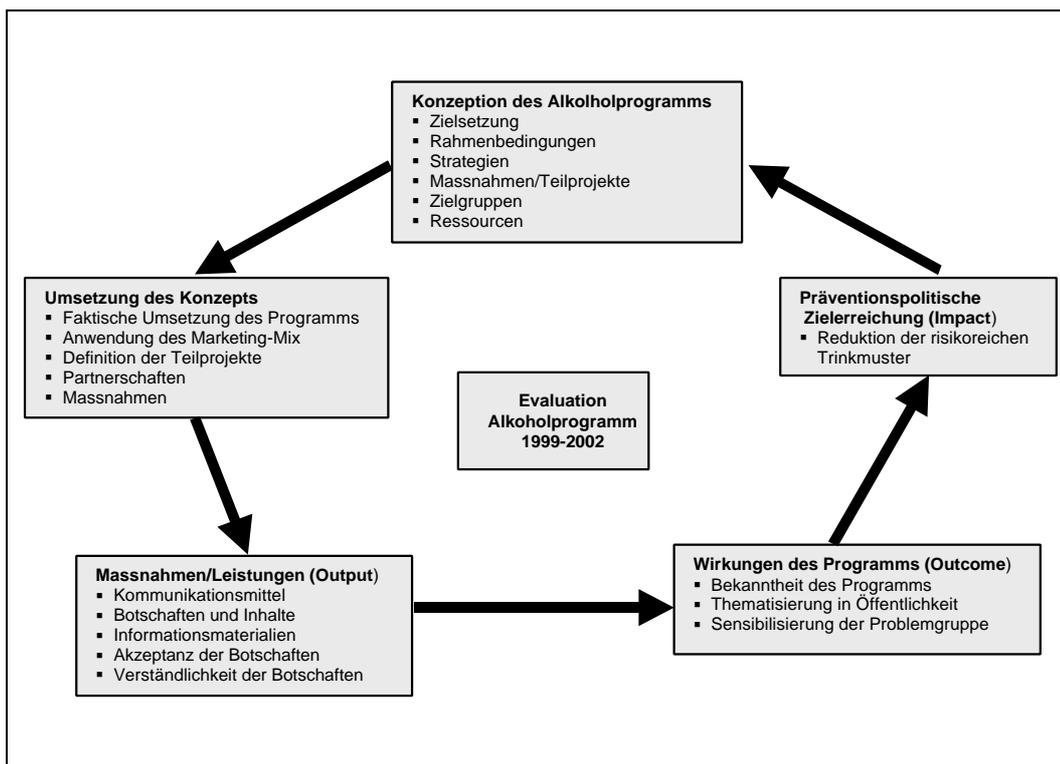
<sup>26</sup> Bundesamt für Gesundheit (2000, S. 13)

<sup>27</sup> vgl. Peters (2002a)

## 2.2 Die Grundlage der Evaluation

Grundlage für die Gestaltung des Evaluationskonzepts bildeten die aus der wissenschaftlichen Evaluation bekannten Stufen der Wirkungsentfaltung:<sup>28</sup>

Darstellung 4: Evaluationsgegenstände und Wirkungszusammenhänge



Insbesondere zu unterscheiden sind Auswirkungen (outcome) und Einwirkungen (impact). Als Auswirkungen (outcome) werden bezeichnet "Resultate eines Programms/Projekts, die verglichen mit den gesetzten Zielen durch die Leistungen (outputs) verschiedener Partner erzielt werden." Einwirkungen (impact) 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."<sup>29</sup>

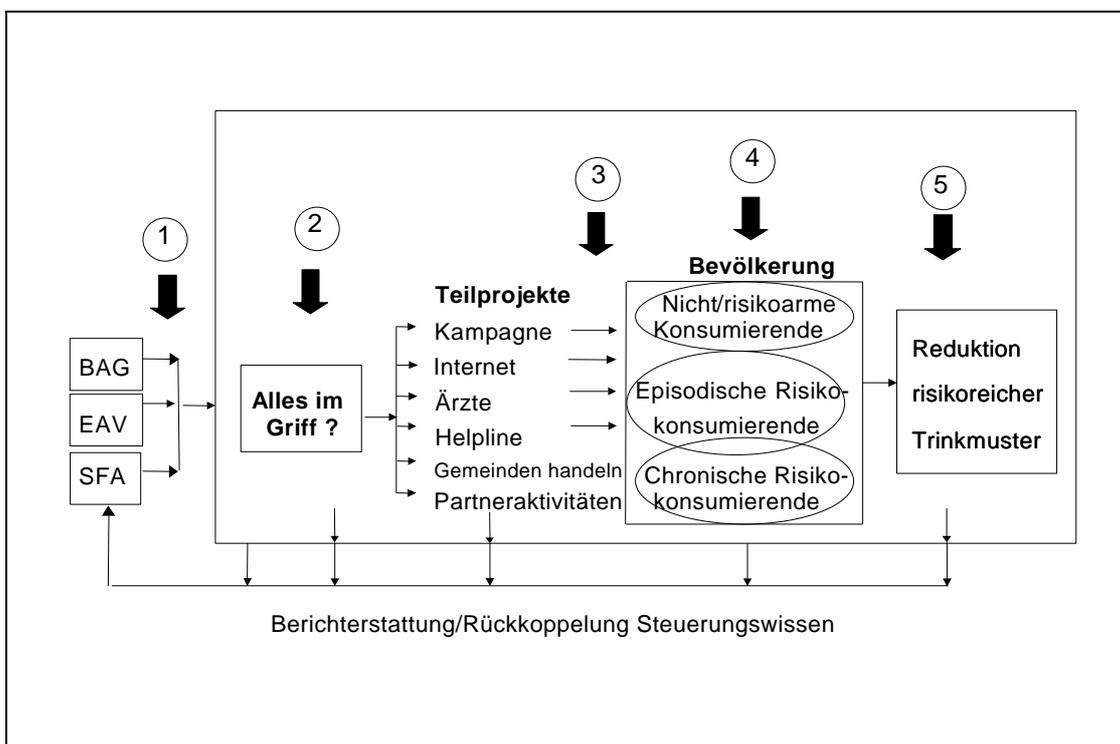
<sup>28</sup> z.B. Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (2002)

<sup>29</sup> 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 5: Wirkungsmodell Alkoholprogramm 1999-2002



Aus dem Wirkungsmodell ergeben sich 5 Module für die Evaluation, die auf die 4 Evaluationsfragen (vgl. S. 29) 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 und der konkreten Organisation des Programms, der Zusammenarbeit der Organe des Programms sowie der Realisierung der Massnahmen bzw. Teilprojekte, beantwortet die Evaluationsfrage 2.

### Modul 3: Outputevaluation

Evaluation der sichtbaren "Produkte", Massnahmen und Bot-

schaften in bezug auf ihre Übereinstimmung mit den Zielen sowie 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 Evaluationsstrategie und Verlauf der Evaluation**

Die Evaluation war zwar ausgehend vom Auftrag in erster Linie als bilanzierende oder **summative Evaluation** angelegt. Eine summative Evaluation ermöglicht eine Beurteilung des Alkoholprogramms, sie macht Aussagen über Erfolg oder Misserfolg des Alkoholprogramms. Dennoch wurde dem formativen Aspekt der Globalevaluation auch vom Auftraggeber grosses Gewicht beigemessen, um durch Rückmeldungen den Verlauf des Programms günstig zu beeinflussen. Aus diesem Grunde wurde im Sommer 2001 ein inhaltlicher Zwischenbericht<sup>30</sup> erstellt und mit den Organen des Programms eingehend diskutiert. Die Erkenntnisse flossen in die Planung des Programmjahrs 2002 ein und hatten teilweise konkrete Folgen.<sup>31</sup>

Die **Evaluationsstrategie** sah vor, die vier Evaluationsfragen weiter zu detaillieren, zu präzisieren und in detaillierte Forschungs- oder Prüffragen aufzugliedern und damit die interessierenden Variablen der Beobachtung zu definieren. Diese Bemühungen schärften zwar die analytische Durchdringung des Programms, führten aber nicht zum gewünschten Ziel. Auf

---

<sup>30</sup> Furrer (2001)

<sup>31</sup> vgl. beispielsweise S. 120

Grund der Ergebnisse des Zwischenberichts zur Konzept- und Umsetzungsevaluation im Sommer 2001 wurde nämlich versucht, die zu diesem Teil formulierten detaillierten Forschungs- oder Prüffragen zu beantworten. Dabei zeigte sich einmal, dass die fehlende Schriftlichkeit des Programms (vgl. 4.1) stark hinderlich war. Zum andern führten die Antworten, so weit sie überhaupt möglich waren, unseres Erachtens aber nicht zu einer verlässlichen Beurteilung der tatsächlichen Leistungen des Alkoholprogramms.

Die Dynamik des Programms und seiner Teilprojekte war gross und nur beschränkt durch die formulierten Ziele – verstanden als Aussagen zu angestrebten Wirkungen – geprägt. Das Risiko, durch eine Fokussierung auf vorgängig und in Vorwegnahme der Entwicklung definierte Prüffragen und Variablen wichtige Aspekte des realen Geschehens zu übersehen, war zu gross. Zudem wäre diese Vorgehensweise dem Programm und seiner Entwicklung nicht gerecht geworden. Deshalb wurde die Evaluationsstrategie geändert, der Ansatz der Evaluation wurde offener und induktiver.

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, bereits erwähnte Zwischenbericht 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.

Die Evaluation war grundsätzlich als summative Evaluation oder Bilanz-Evaluation<sup>32</sup> angelegt, die über die Wirkungen des Alkoholprogramms abschliessend Auskunft gibt. Dennoch gab es ein formatives Element, nämlich eine Rückmeldung in Form eines internen Zwischenberichts über die Konzept- und Umsetzungsevaluation, der im August 2001 erstellt wurde.<sup>33</sup>

Die im Zwischenbericht gemachten 7 Empfehlungen wurden von den Programmorganen als begründet entgegengenommen, diskutiert und bearbeitet. In 4 Fällen wurde entschieden, den Empfehlungen zu folgen. In 3 Fällen ergaben sich vorläufig keine Änderungen, definitive Entscheidungen wurden im Hinblick auf die 2. Programmphase (ab 2002) ins Auge gefasst.

---

<sup>32</sup> Bundesamt für Gesundheit (1997)

<sup>33</sup> Furrer (2001)

### 3 Methodik

Es wurden zahlreiche eigene Datenerhebungen durchgeführt, sowohl auf der Ebene des Programms als auch auf der Ebene der Teilprojekte. Diese Erhebungen werden in Darstellung 6 (vgl. unten) beschrieben und anschliessend Qualität der Aussagen der Befragtengruppen beurteilt

Daneben wurden die verfügbaren Dokumente des Programms analysiert, als Sekundärquellen 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 1999<sup>34</sup>, 2000<sup>35</sup>, 2001<sup>36</sup> und 2002<sup>37</sup> sowie zu den Posttests der Kampagnen 1999<sup>38</sup>, 2000<sup>39</sup> und 2001.<sup>40</sup>
- Auswertung des Berichts zur Baseline-Befragung von 1998<sup>41</sup> und der Nachbefragung von 2000.<sup>42</sup>
- Auswertung von Statistiken der Teilprojekte Partneraktivitäten, Ärzte und Gemeinden.
- Platzierung von Fragen im Internetforum der American Evaluation Association.
- Analyse von prozessproduzierten Daten (Web-Statistiken der Website [www.alles-im-griff.ch](http://www.alles-im-griff.ch)).
- Analyse eingekaufter Paneldaten zur Nutzung der Website des Alkoholprogramms (MMXI Switzerland).

Die methodischen Angaben zu den Sekundärquellen finden sich in Darstellung 7 (vgl. Seiten 40 ff.).

---

<sup>34</sup> SCOPE (1999)

<sup>35</sup> IPSO (1999)

<sup>36</sup> Sparks AG (2001)

<sup>37</sup> Ernest Dichter SA (2001)

<sup>38</sup> IPSO (1999)

<sup>39</sup> IPSO (2001a)

<sup>40</sup> IPSO (2001b)

<sup>41</sup> Müller et al. (1999)

<sup>42</sup> Müller et al. (2001)

Darstellung 6: Übersicht über die eigenen Datenerhebungen

Nr.	Datenquelle (Grundgesamtheit/Stichprobe)	Modul	Wichtigste Themen	Methode der Datenerhebung	Anzahl Befragte	Zeitpunkt
1	Mitglieder der Programmorgane / 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	Mitglieder der Programmorgane / Vollerhebung (Zweitbefragung)	1	Veränderungen auf Konzeptebene und in der Umsetzung	Persönliche oder telefonische Interviews, leitfadengestützt, strukturiert,	7	Juli/Aug 02
3	Mitarbeitende in den Teilprojekten / gezielte Stichprobe (z.T. gleiche Personen wie in 1 und 2 )	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	Fachleute aus Präventions- und Suchtfachstellen / Zufallsstichprobe	2,3	Bekanntheit und Beurteilung des Programms und seiner Teilprojekte und der Massnahmen	Telefonische Interviews, standardisierter Fragebogen mit offenen Fragen, Ausschöpfung 86%	81	Dez 01/Jan 02
6	Medienschaffende / geschichtete Zufallsstichprobe	3	Beachtung und Behandlung von Präventionsprogrammen, Bekanntheit und Beurteilung von AiG?, seiner Teilprojekte und Massnahmen	Telefonische Interviews, leitfadengestützt, strukturiert	33	Okt/Nov 01
7	Fachleute aus Präventions- und Suchtfachstellen 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	Fachleute aus Präventions- und Suchtfachstellen, 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	VertreterInnen der Fachstellen 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	Mitglieder der Projektgruppen 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

Im folgenden sollen die verschiedenen **Gruppen von Befragten** kurz näher beschrieben und nach der Qualität ihrer Aussagen im Sinne der "sozialen Erwünschtheit" gefragt werden:

- Mitglieder der Programmorgane:

Die Mitglieder der Programmorgane sind von den Ergebnissen der Evaluation unmittelbar betroffen, was ihre Beurteilungen beeinflussen könnte. Auf Grund des offenen Klimas in der Zusammenarbeit von Stellen und Personen und auf Grund der Tatsache, wie Zwischenergebnisse der Evaluation aufgenommen wurden, sind wir der Meinung, dass die Beteiligten sachbezogen und durchaus selbstkritisch antworteten. Da wir zudem die Antworten der Befragten einander gegenüberstellen können, können daraus verlässliche Aussagen abgeleitet werden.

- Mitarbeitende in den Teilprojekten:

Die obigen Bemerkungen gelten auch für diese Gruppe.

- ExpertInnen der Sucht- und Präventionsszene:

Die als ExpertInnen bezeichneten Personen haben beruflich mit Sucht- und Präventionsfragen zu tun, sind im Gegensatz zur Gruppe der Präventions- und Suchtfachleute aber nicht unmittelbar in der Prävention vor Ort tätig. Sie sind informierte Beobachter der Szene aus der Verwaltung, der Wissenschaft oder aus Institutionen.

- Medienschaaffende:

Die Medienschaaffenden haben keine Beziehungen zum Alkoholprogramm. Sie sind mehr oder weniger informierte Beobachter ausserhalb der Szene, die kein Blatt vor den Mund nehmen.

- Präventions- und Suchtfachleute:

Diese Fachleute arbeiten in den regionalen und kommunalen Fachstellen vor Ort. Sie sind nicht am Programm beteiligt, aber teilweise Nutzniesser. Da in der Evaluation aber nicht ihre eigenen Arbeit beurteilt wird, können ihre Aussagen als neutral gelten.

- Episodische Risikokonsumierende:

Diese Personen wurden aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe zufällig gezogen. Da es um ein etwas aufwendigeres Interview handelte, kann angenommen werden, dass ein minimales Interesse am Thema vorhanden war, weshalb die Ergebnisse eher positiv beeinflusst gelten können. Zudem beziehen sich die erhobenen Daten teilweise

auf eigenes Verhalten, was zu einer Beeinflussung der Ergebnisse beigetragen haben könnte.

- Teilnehmer bzw. Nichtteilnehmer an Weiterbildungskursen des Teilprojekts Ärzte:

Es ist nicht anzunehmen, dass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte lediglich auf Grund der Teilnahme voreingenommen werden urteilen. Lediglich die Ergebnisse, die eigenes und selbstberichtetes Verhalten betreffen, dürften etwas in positivem Sinne geprägt sein. Die Aussagen der Nichtteilnehmer können als unbeeinflusst gelten.

- Internet-Surfer:

Diese Personen stammen aus Datenbank von befragungswilligen Personen, was aber noch keine thematische Verzerrung zur Folge hat. Da es hier lediglich um neutrale Fragen zum Verhalten ging, können die Antworten als unverfälscht gelten.

- Internet-Experten:

Die befragten Personen sind beruflich seit Jahren im Bereiche der Internetforschung beruflich tätig und gelten deshalb als Experten.

- Projektleiter in den Gemeinden des Teilprojekts Gemeinden.

Die Projektleiter beurteilen ebenfalls nicht ihre Arbeit, sondern sind als Zielgruppe befragt worden. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie sich offen geäußert haben, da im Teilprojekt die Selbstreflexion gepflegt wird und an den von uns besuchten Austauschtagungen eine offene Gesprächskultur gepflegt wurde.

- Akteure in den Gemeinden des Teilprojekts Gemeinden:

Wo die befragten Mitglieder der lokalen Projektgruppen mittelbar ihre eigene Arbeit beurteilen, kann eine etwas zu positive Beurteilung nicht ausgeschlossen werden. Problematisch ist bei dieser Datenquelle der geringe Rücklauf von 25%, weshalb sie zurückhaltend interpretiert wird.

Insgesamt beurteilen wir die Qualität der Daten als gut. Dort wo leichte Verzerrungen in Richtung einer zu positiven Beurteilung nicht ausgeschlossen werden können, wird dies bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Die methodischen Angaben zu den Sekundärquellen finden sich der folgenden Darstellung:

Darstellung 7: Übersicht über die benutzten Sekundärquellen

Nr.	Datenquelle / Autor (Grundgesamtheit/Stichprobe)	Modul	Wichtigste Themen	Methode der Datenerhebung	Anzahl Befragte	Zeitpunkt
I	Pretest der TV-Spots "Alles im Griff" 1999 / IPSO Personen 15-44 Jahre, ganze Schweiz (disproportionale Stichprobe)	2	Beurteilung von Vermittlungsqualität, Absender, Logo und Slogan der Kampagne	Persönliche Einzelexplorationen im Studiotestverfahren (monadisches Testverfahren, Zeigematerial rotiert)	166	März 99
II	Kommunikationskonzept-Pretest (Kampagne 2000), Schlussbericht / SCOPE Personen, die zumindest "ab und zu" Alkohol konsumieren, 20-30Jahre, hälftig dt. und fr. Schweiz, 50% episodisch Risikokonsumierende, 60% Männer	3	Akzeptanz und Attraktivität der Inseratekampagne, Botschaftsverständnis, Wirkungspotenzial, vergleichende Beurteilung der Sujets	Persönliche Einzelinterviews am Wohn- oder Arbeitsort, semistrukturierter Fragebogen, Nachverkodung der Fragebogen, EDV-Auswertung	199	Okt 99
III	Pretest Headlines zur Gläserkampagne 01 / Sparks AG Personen mit regelmässigem Alkoholkonsum, ganze Schweiz, 20-30 Jahre, ganze Schweiz (disproportionale Stichprobe)	3	Assoziationen zu Sujets und Headlines der Plakate, Botschaftsverständnis	Vermutlich persönliche Interviews, leitfadengestützt, strukturiert (keine technischen Angaben vorhanden)	241	vermutlich Dez 00
IV	Bericht zu einem Pretest der Plakatkampagne "Alles im Griff?" (Kampagne 2002) / Ernest Dichter SA normale Alkoholkonsumierende sowie periodische Risikokonsumierende, dt. und fr. Schweiz, 15-30 Jahre (disproportionale Stichprobe)	3	Plakatsujetpräferenz und Akzeptanz, Anmutung, Verständlichkeit, Wahrnehmung von Logo, Wirkung und Wahrnehmung der Plakatkampagne	Halbstrukturierte qualitative face-to-face-Interviews sowie zwei psychometrische Tests	100	vermutlich Okt 01
V	Kinospot-Test Alles im Griff? – Bericht (Kampagne 2002) / TransferPlus AG Kinopublikum zweier Vorstellungen in Emmen und Lausanne/Vollerhebung	3	Wiedererinnerung, Likes und Dislikes, Botschaftsverständnis, Detailbeurteilung, Wirkung	Schriftliche Befragung, standardisierter Fragebogen mit offenen Fragen, EDV-Auswertung	188	Juni 02

Nr.	Datenquelle / Autor (Grundgesamtheit/Stichprobe)	Modul	Wichtigste Themen	Methode der Datenerhebung	Anzahl Befragte	Zeitpunkt
VI	Posttest Kampagne "Alles im Griff?" 1999 / IPSO 1999 In der jeweiligen Landessprache sprachassimierte Bevölkerung im Alter von 15-74 Jahren, ganze Schweiz, Random-Quota-Stichprobe (Quoten: Sprache, Geschlecht und Alter) (Zusatzstichprobe im Tessin)		Wahrnehmung /recall und recognition), Verständlichkeit und Akzeptanz	Persönliche Befragung, standardisierter Fragebogen (Zeigematerial)	1258	Juli-Aug 99
VII	Posttest Kampagne "Alles im Griff?" 2000 / IPSO 2001 In der jeweiligen Landessprache sprachassimierte Bevölkerung im Alter von 15-74 Jahren, ganze Schweiz, reine Zufallsstichprobe (disproportionale Stichprobe)		Wahrnehmung /recall und recognition), Verständlichkeit und Akzeptanz	Repräsentative, telefon. Befragung Ausschöpfung 59%, Zusatzfragen im Rahmen der Anschlussbefragung 2000 (vgl. Datenquelle X)	1600	Nov-Dez 00
VIII	Posttest Kampagne "Alles im Griff?" 2001 / IPSO 2001 In der jeweiligen Landessprache sprachassimierte Bevölkerung ab 15 Jahren, ganze Schweiz, Random-Quota-Stichprobe (Quoten: Sprache, Geschlecht und Alter) (Zusatzstichprobe im Tessin)		Wahrnehmung /recall und recognition), Verständlichkeit und Akzeptanz	Persönliche Befragung, standardisierter Fragebogen (Zeigematerial)	1060	Juli-Aug 01
IX	Baselinebefragung 1998 / Müller et al. (1999) In der jeweiligen Landessprache sprachassimierte Bevölkerung im Alter von 15-74 Jahren, ganze Schweiz, reine Zufallsstichprobe	4,5	Alkoholkonsum, Trinkprobleme, Bereitschaft zur Verhaltensveränderung, Informationskanäle	Repräsentative, telefonische Befragung Ausschöpfung 52%	1600	Nov 98
X	Anschlussbefragung 2000 / Müller et al. (2001) Befragung der in der jeweiligen Landessprache sprachassimilierten Bevölkerung im Alter von 15-74 Jahren, ganze Schweiz, reine Zufallsstichprobe	4,5	Alkoholkonsum, Trinkprobleme, Bereitschaft zur Verhaltensveränderung, Informationskanäle	Repräsentative, telefonische Befragung Ausschöpfung 59%	1600	Nov-Dez 00

Nr.	Datenquelle / Autor (Grundgesamtheit/Stichprobe)	Modul	Wichtigste Themen	Methode der Datenerhebung	Anzahl Befragte	Zeitpunkt
XI	Web-Statistiken der Website "Alles im Griff?" (www.alles-im-griff.ch) (unveröffentlicht)	3	Nutzung von Seiten, Verweildauer, Eintritts- und Austrittsdauer etc.	Automatisierte Erhebung definierter Kennzahlen zur Website (Betreiberseite)	entfällt	Aug 02
XII	Digital Media Audience Ratings – Domain Report (unveröffentlicht)	3	Anzahl Besucher, Besuchshäufigkeiten, Besuchsdauer, vorgängig und anschliessend besuchte Website, Wiederbesuchhäufigkeit etc.	At home Panel von MMXI Switzerland (Messung der Internetnutzung auf der Nutzerseite durch die Software MMXI Meter)	3800	Juni 02
XIII	Teilprojekt "ÄrztInnen in der Praxis" – Evaluation des Versandes vom Oktober 1999 / IPSO 2000  Adressen von 5800 Allgemeinpraktikern und Internisten, die für den Versand des BAG benutzt wurden mit Praxis in der dt. und fr. Schweiz / Zufallsstichprobe	1,2,3	Beachtung und Akzeptanz des Versandes, Beurteilung der Materialien, Rolle der Ärzteschaft	Telefonische Befragung, standardisierter Fragebogen mit offenen Fragen  Ausschöpfung 42% (keine Incentives), es ist eine leicht zu positive Beurteilung zu vermuten	400	April-Mai 2002
XIV	Anrufe mit Alkoholproblematik / Maffli et al. (2001) alle Anrufe auf die Helpline in den Perioden 01. bis 31.12.1998, 01. bis 30.04.1999, 19.06. bis 02.07.2000, 04. bis 17.12.2000 / Vollerhebung	4	Geschlecht und Alter der Anrufer, durchschnittliche Anzahl Anrufe pro Wochentag, Zeitpunkt der Anrufe	Es wurden keine Fragen gestellt, sondern nur die Anrufe und an Hand von Strichlisten vercodet.	ca. 3000	vgl. Datenquelle

Die verwendeten **Sekundärquellen** lassen sich wie folgt beurteilen:

- Pretets (Datenquelle I bis V): Es handelt sich hier um jeweils unterschiedliche Aufträge mit unterschiedlichen Untersuchungskonzepten, die von verschiedenen Instituten ausgeführt wurden. Zudem sind methodische Einzelheiten teilweise unklar, die Vergleichbarkeit ist gering. Die Studien werden als Hinweis auf die Arbeitsweise im Teilprojekt Kampagne zitiert, jedoch nicht als Datenquelle verwendet.
- Posttests (Datenquelle VI bis VIII): Die Posttests haben weitgehend die gleiche Fragestellung und verwenden mehrheitlich identische Fragen, zudem ist die Methodik in 2 Fällen identisch und die Studien wurden vom gleichen Institut durchgeführt. Die Vergleichbarkeit ist hoch. Die Datenquellen sind verlässlich. Zu beachten ist einzig, dass wegen der unterschiedlich gestalteten Kampagnen letztlich nicht direkt vergleichbare Situationen gemessen werden konnten, obwohl die Befragung immer rund 6-8 Wochen nach der Hauptwerbeaktivität durchgeführt wurde.
- Baseline- und Anschlussbefragung (Datenquellen IX und X): Identische Fragestellung und Methodik, gleiches durchführendes Institut, gute Ausschöpfung, hohe Vergleichbarkeit. Die Datenquellen sind zuverlässig.
- Webstatistiken: Die heute verwendeten Webstatistiken sind grundsätzlich mit Vorbehalt zu betrachten, da kurz gesagt, nie ganz klar ist, was gemessen wird. Vor allem kein einheitlicher, allgemein akzeptierter Standard besteht (vgl. dazu die Diskussion in 6.2.2.3.1).
- Digital Media Audience Ratings: Das Panel umfasst rund 4000 Haushalte, bei denen die Software MMXI-Meter auf dem Computer installiert ist. Auf Grund eines so genannten Establishment-Survey mit 42'500 Interviews pro Jahr wird die Stichprobe laufend gewichtet und den realen Verhältnissen angepasst. Die Verlässlichkeit dieser Daten ist eindeutig als höher zu beurteilen als die der Webstatistiken, da nutzerseitig gemessen wird. Die Möglichkeit einer Verzerrung, die sich dadurch ergeben kann, dass nur bestimmte Haushalte einwilligen, in ihrem Verhalten gemessen zu werden, gleicht dem der unterschiedlichen Antwortbereitschaft bei Befragungen. Insgesamt können die Daten als verlässlich betrachtet werden.

## 4 **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. 31), 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.<sup>43</sup>
- **Kohärenz** fragt nach der Übereinstimmung und Abstimmung der einzelnen Teile des Programms und der Ableitung von Massnahmen aus den Zielen.
- **Zweckmässigkeit** fragt im Rahmen einer ex ante-Betrachtung, ob Effizienz und Effektivität zu erwarten sind.
- **Nachhaltigkeit** fragt nach der zu erwartenden Dauerhaftigkeit des erzielten Nutzens und der Auswirkungen.

### 4.1 **Ebene Programm**

#### 4.1.1 **Konzeptualisierung**

Ein erster, zentraler Befund der Evaluation liegt darin, dass es kein umfassendes, **schriftliches Programmkonzept** als Grundlage des Programms.<sup>44</sup> gibt. Das zentrale Führungsin-

---

<sup>43</sup> Ziele sollen "smart" sein (**s**pecific, **m**easurable, **a**ppropriate, **r**ealistic, **t**imely) (z.B. Bundesamt für Gesundheit 1997, S. 21)

<sup>44</sup> In der Folge stützt sich die Evaluation des Konzepts vor allem auf die Interviews mit den Programm-beteiligten und Personen aus dem Umfeld des Programms (Erhebungen 1 bis 4)

strument des Programm- oder Projektmanagements, das "logical model", das "logical framework" oder das Logframe<sup>45</sup> fehlt. In den Interviews mit den Beteiligten am Programm und den Teilprojekten<sup>46</sup> 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 des Alkoholprogramms **begründete** das erste nationale Alkoholprogramm damit, dass der Alkoholmissbrauch für die Bevölkerung negative Folgen habe und eines der grössten sozialmedizinischen Probleme darstelle. Sie stützte sich dabei auf Studien, welche insbesondere folgende Befunde ausweisen:<sup>47</sup>

- mehr als drei Milliarden Franken volkswirtschaftliche Kosten pro Jahr,
- mehr als 300'000 Alkoholabhängige in der Schweiz,
- ca. 3500 Alkoholtote pro Jahr,
- 20 Prozent der Autounfälle im Zusammenhang mit übermässigem Alkoholkonsum,
- Schweiz als Hochkonsumland von Alkohol.

Ebenfalls zur Begründung dienen die Ergebnisse der Baseline-Befragung von 1998: Rund 20% der Bevölkerung haben ihren Alkoholkonsum nicht im Griff, d.h. rund eine Million Menschen, treibt akuten oder chronischen Missbrauch.<sup>48</sup> Die gleiche Studie zeigt, dass mehr als zwei Drittel dieser Konsumierenden gar nicht wissen, dass ihr Trinkverhalten risikoreich ist. Es besteht also ein Informationsdefizit.

Da Alkohol in der Schweiz als Genussmittel wahrgenommen wird, dessen Konsum in der Schweiz Tradition hat, und da ein

---

<sup>45</sup> 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."

<sup>46</sup> Datenquelle 1 und 2 (vgl. Darstellung 6)

<sup>47</sup> Aus den Programmunterlagen und Müller et al. (1999)

<sup>48</sup> Müller et al. (1999)

sehr moderater Alkoholkonsum einen positiven Effekt auf die Herzfunktion hat, verzichtete das Programm darauf, Abstinenz als Ziel des Programms zu formulieren. Statt dessen wird ein moderater Umgang mit Alkohol angestrebt, und es wurde die "Reduktion risikoreicher Trinkmuster in der Bevölkerung" als Programm- oder **Globalziel** gewählt. Einige Programmunterlagen und Interviewaussagen<sup>49</sup> nennen als zweites Ziel des Programms die "Bestärkung der moderat und Nicht-Konsumierenden in ihrem Verhalten". Diese Zielsetzung wurde jedoch nicht konkret weiter verfolgt und in den späteren Programmunterlagen nicht mehr erwähnt.

Die Experten der Sucht- und Präventionsszene beurteilen die Begründung des Programms als ausreichend und stichhaltig.<sup>50</sup>

Das Globalziel kann als relevant bezeichnet werden. Es ist jedoch für ein Programm, das sich auf Prävention beschränkt, nicht realistisch. Dies vor allem angesichts dem offiziellen Zeitrahmen von vier Jahren und unter Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells als Grundlage, welches Rückschläge und Wiederholungen von Stufen vorsieht. Erschwerend hinzu kommt weiter der Kontext mit den seit kurzem veränderten Gesetzen im Steuer- und Gastgewerbebereich. Diese Reformen widersprechen in ihrer Absicht dem Alkoholprogramm und dürften sich negativ auf die Erfolge von AiG? auswirken. Die Widersprüche sind teilweise auf die fehlende umfassende Alkoholpolitik zurückzuführen, wie sie in der Vorgeschichte von AiG? noch vorgesehen war und jetzt durch den Nationalen Alkoholaktionsplan 2000 wieder aufgenommen wurde.

Die **Definition der Norm** und damit der "risikoreichen Trinkmuster" (vgl. Darstellung 1, S. 18) beruhte auf einem umfangreichen Literaturstudium der SFA<sup>51</sup> und einem internationalen Symposium von EpidemiologInnen und Sozial- und PräventivmedizinerInnen, das SFA und BAG gemeinsam im Oktober 1997 organisierten.

International sind jedoch unterschiedlich hohe Normen, aber auch verschiedene Ausgangspunkte bekannt: Standarddrinks, Anzahl Gramm reinen Alkohols oder Standardgläser. Die Wahl fiel beim Alkoholprogramm auf die Standardgläser, weil auf diese Art die Information über die Alkoholmenge am einfachsten

---

<sup>49</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 5)

<sup>50</sup> Datenquelle 4 und 5 (vgl. Darstellung 6)

<sup>51</sup> Die Ergebnisse sind dokumentiert in einer internen Materialsammlung.

kommuniziert werden kann. Das Symposium zeigte, dass alle Ausgangspunkte eine starke Vereinfachung der Komplexität der Alkoholwirkungen bedeuten. Viel mehr als bei anderen psychoaktiven Substanzen sei die Wirkung von sehr verschiedenen Faktoren abhängig (je nach Geschlecht, Körpergewicht und Verfassung des Konsumierenden, nach Disposition und Kontext der Konsumation) und unterschiedlich je nach Körperorgan.

Hinsichtlich der Anzahl der Gläser wurden besonders mit der Norm für episodischen Risikokonsum Konzessionen an die sozialen Vorstellungen gemacht. So wurde die Norm für Männer ab fünf Gläsern bzw. für Frauen ab vier Gläsern gewählt, weil eine tiefere Zahl einen sehr grossen Anteil der Bevölkerung zu Risikokonsumierenden gestempelt hätte. Dies hätte in den Augen der Programmverantwortlichen Akzeptanzprobleme geschaffen.

Nach Ansicht der am Programm Beteiligten und der PräventionsexpertInnen<sup>52</sup> werden die Normen in Fachkreisen im allgemeinen akzeptiert. Die Befragten sind sich einig, dass die gewählte Norm eine Vereinfachung der Komplexität darstellt. Diese war ihrer Meinung nach aber nötig, damit sie kommuniziert werden kann. Die Normen werden in der Beratungspraxis häufig als Ausgangspunkt für eine differenziertere Diskussion oder Beratung benutzt. Die Regel für den täglichen Konsum wird dabei als eher grosszügig, diejenige für den Konsum pro Anlass als knapp wahrgenommen.

Die Normen werden von der Präventions- und Suchtfachleuten gut beurteilt.<sup>53</sup>

*Darstellung 8: Beurteilung der Norm durch die Präventions- und Suchtfachleute (n=81)*

<b>"Wie beurteilen Sie die Normen von "Alles im Griff?" hinsichtlich ..."</b> <sup>54</sup>		
	%-Anteil "sehr gut" / "gut"	Durchschnitt <sup>55</sup>
... dem täglichen Konsum	56%	4.5
... dem episodischen Konsum	48%	4.5

<sup>52</sup> Datenquelle 1 und 4 (vgl. Darstellung 6)

<sup>53</sup> Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 6)

<sup>54</sup> 6-stufige Skala, wobei 1= "sehr schlecht" und 6="sehr gut" bedeutet

<sup>55</sup> Der Median liegt in beiden Fällen bei 5= "gut"

Aufgrund der Literatursichtung 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 andern. Nach Ansicht einiger Programmverantwortlicher gab es auch taktische Gründe, dass man nicht Alkoholabhängige als **Zielgruppe** auswählte. Abhängige Alkoholkonsumierende sind das klassische Publikum der Anstrengungen in vielen Kantonen. Das Alkoholprogramm wollte damit ein Zeichen für eine Abgrenzung und Komplementarität setzen.

Die Baseline-Befragung von 1998 zeigte dann erstmals für die Schweiz auf, dass die episodischen Risikokonsumierenden mit 21% die wichtigste Gruppe ausmachen<sup>56</sup>, 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. Chronische Risikokonsumierende und nicht-situationsgerecht Konsumierende sollen durch das Programm nicht mehr ausdrücklich berücksichtigt werden. Das Teilprojekt Kampagne beschränkt sich zusätzlich auf die Altersgruppe der 20-30jährigen. Alle anderen Teilprojekte wollen die episodischen Risikokonsumierenden der Gesamtbevölkerung ansprechen.

Für diese heute gültige Zielgruppe, die episodischen Risikokonsumierenden (engl. Bingers) wurde dann das **quantitative Ziel** des Programms formuliert: Reduktion des Anteils der Personen in der vormotivationalen Phase von 78% auf 70%. Für die episodischen Risikokonsumierenden der Zielgruppe der Kampagne (20-30jährige Personen) wurde keine besondere Zielsetzung formuliert.

Für den Schritt von der motivationalen Phase in die Handlungsphase wurde kein quantitatives Ziel gesetzt.

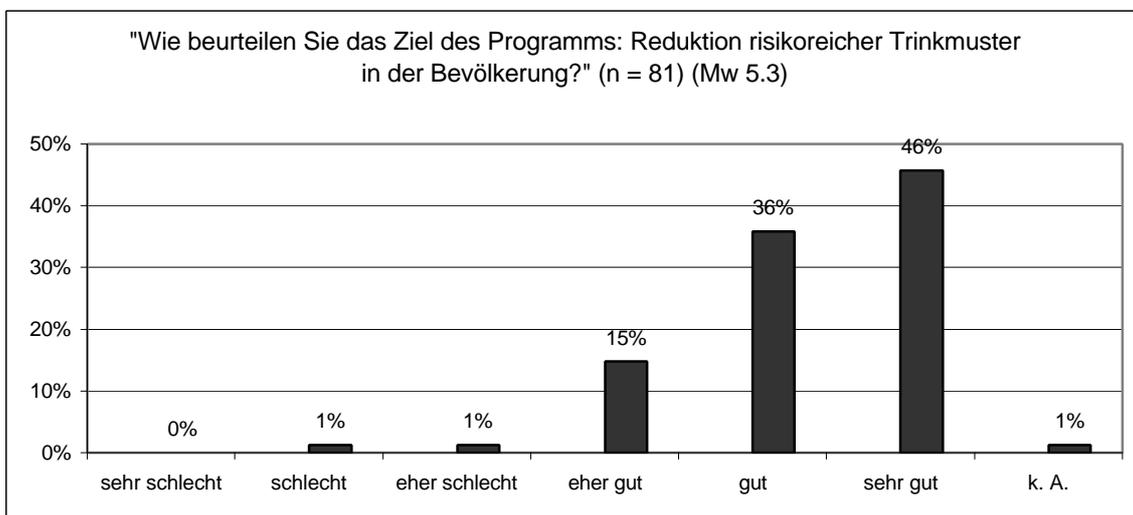
---

<sup>56</sup> Bei übermässigem Konsum 2mal pro Monat, d.h. ab vier (für Frauen) oder fünf (für Männer) Gläser eines alkoholischen Getränks je Trinkereignis

Die **Experten** der Sucht- und Präventionsszene akzeptieren die Wahl des Globalziels, der Zielgruppe und der qualitativen Ziele gut.<sup>57</sup> Allerdings weisen sie teilweise darauf hin, dass die episodischen Risikokonsumierenden nicht die einzig mögliche Zielgruppe seien und dass die Baseline-Befragung als Begründung für die Beschränkung der Kampagne auf die Gruppe der 20-30jährigen episodischen Risikokonsumierenden nicht ausreichend sei. Es sei nicht erwiesen, dass junge episodische Risikokonsumierende später eher zu Alkoholismus neigten als andere. Es wird vor einer Stigmatisierung dieser Bevölkerungsgruppe gewarnt, und man würde eine breiter gefasste Zielgruppe, vor allem auch den Einbezug von Männern ab ca. 40 Jahren, begrüßen. Auch wird aus motivationspsychologischer Sicht bezweifelt, ob Personen ohne Problembewusstsein (vornominale Phase) für Präventionsbotschaften empfänglich seien. Zudem wird vermutet, dass diese Gruppe nur mit sehr hohem Aufwand zu erreichen sei. Nach Andreasen (1995) ist jedoch bei dieser Gruppe das Wirkungspotenzial von massenmedialen Kampagnen gross.

Die **Sucht- und Präventionsfachleute** beurteilen das Globalziel deutlich positiv:<sup>58</sup>

*Darstellung 9: Beurteilung des Globalziels durch die Fachleute*

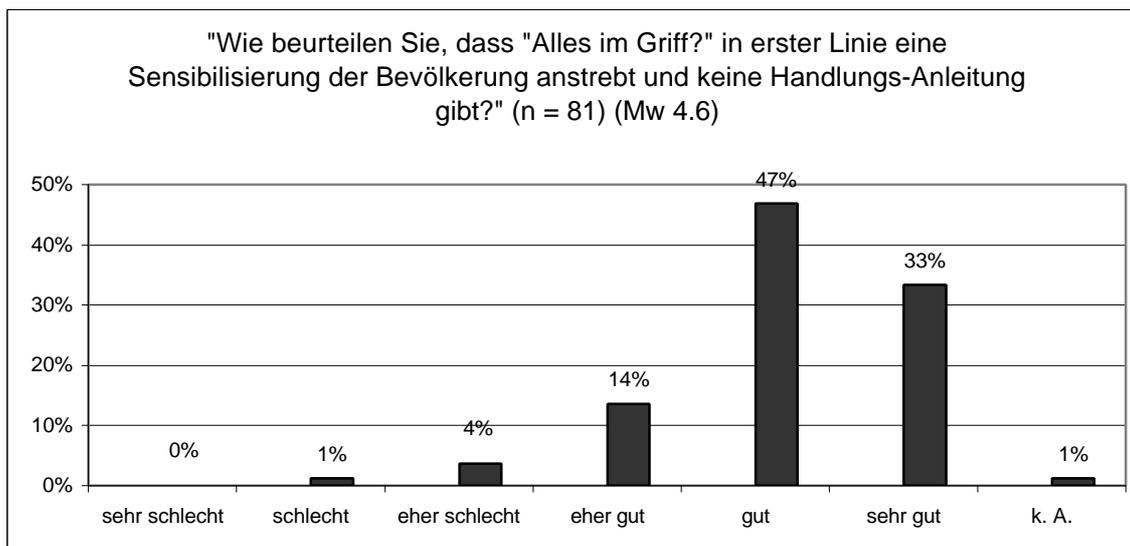


Auch das qualitative Ziel der Sensibilisierung wird von den Fachleuten für gut befunden:

<sup>57</sup> Datenquelle 4 (vgl. Darstellung 6)

<sup>58</sup> Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 6)

Darstellung 10: Beurteilung des Ziels der Sensibilisierung



Die offizielle **Programmdauer** betrug 4 Jahre, da nur für diese Periode Mittel gesprochen waren. Allerdings waren sich die Beteiligten am Programm<sup>59</sup> im klaren darüber, dass Präventionserfolge nur langfristig zu erreichen sind, und dass die aus politischen Gründen kommunizierte Programmdauer von 4 Jahren für ein Präventionsprogramm knapp und das formulierte Globalziel sehr anspruchsvoll ist. Allerdings wurde dies bis heute nicht kommuniziert, was einen zwiespältigen Eindruck bei den PräventionsexpertInnen entstehen liess.

Die befragten ExpertInnen der Sucht- und Präventionsszene<sup>60</sup> betrachten nämlich den zeitlichen Rahmen von vier Jahren zur Erreichung des Globalzieles "Reduktion risikoreicher Trinkmuster" als zu ehrgeizig. Sie befürchten, dass ein vierjähriges Programm nicht ernst genommen werde und in der Folge keine Auseinandersetzung damit stattfindet. Der genannte minimale Zeitrahmen bewegt sich zwischen sieben und zwölf Jahren.

Ein wichtiges Ergebnis der Evaluation ist im weiteren der grosse **Zeitdruck** in der Konzeptphase, der von den Programm-gremien immer wieder als Grund für den konkreten Ablauf der Ereignisse und bestimmte Mängel (z.B. fehlendes Konzept,

<sup>59</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

<sup>60</sup> Datenquelle 4 (vgl. Darstellung 6)

etappierter Beginn der Teilprojekte, mangelnde Abstimmung der Teilprojekte etc.) angeführt wurde.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die **Relevanz** des Programms und des Globalziels ist 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 als Zielgruppe ist als positiv zu bewerten. Allerdings ist der Zeithorizont für ein Präventionsprogramm, das auf politische Steuerungsmassnahmen verzichtet, nicht realistisch. Zudem geht das zu Grunde liegende Transtheoretische Modell davon aus, dass Verhaltensänderungen nicht gradlinig erfolgen, sondern Rückschläge und Wiederholungen von Stufen beinhalten.

Aus der Sicht von heute erschwerend hinzu kommen die Veränderungen im gesetzgeberischen Bereich (vgl. 1.2). Diese widersprechen in ihrer Absicht dem Alkoholprogramm und dürften sich negativ auf die Zielerreichung des Alkoholprogramms auswirken. Die Widersprüche sind teilweise darauf zurückzuführen, dass eine umfassende Alkoholpolitik fehlt, wie sie in der Vorbereitungszeit des Alkoholprogramms noch vorgesehen war – und jetzt mit dem Nationalen Alkoholaktionsplan 2000 wieder aufgenommen wurde.

*Empfehlung: Es ist in Zukunft bei der Planung von Projekten vorgängig zu entscheiden, inwiefern die Rahmenbedingungen der Politik (kurzer Budgetrhythmus, Erfolgsdruck etc.) gegenüber den sachimmanenten Anforderungen eines Präventionsprogramms bei der Programmformulierung zu berücksichtigen sind, oder zu klären, ob sie mitgestaltet werden können (z.B. Anstreben von mehrjährigen Verpflichtungskrediten). Im gleichen Sinne ist zu klären, ob extern erzeugter Zeitdruck bzw. Anpassungen des Programms an externe Einflüsse<sup>61</sup> 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.

<sup>61</sup> So wurde bspw. der Start der Kampagne 1999 kurzfristig vorgezogen, da finanzielle Mittel frei wurden.

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.

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

Die Bestimmung der **Zielgruppen** des Programms erfolgte sorgfältig und sowohl theorie- als auch empiriegestützt. Allerdings konnte aus zeitlichen Gründen die empirische Überprüfung und Absicherung der Zielgruppe erst nach Programmbeginn erfolgen, was eine nachträgliche Veränderung der Zielgruppendefinition bedingte.<sup>62</sup>

*Empfehlung: Eine präzise Festlegung der Zielgruppen eines Programms ist unabdingbar, sollte aber nach Möglichkeit vor Programmbeginn vorliegen.*

Die Zielgruppe der Kampagne, die jungen episodischen Risikokonsumierenden, ist auch unter dem Aspekt der Habitualisierung von Verhaltensweisen geschickt gewählt. Es ist anzunehmen, dass in dieser Gruppe die Konsummuster noch nicht stark verwurzelt sind und also eine Verhaltensänderung grundsätzlich leichter möglich sein sollte, als bei Personen, die "alte" Gewohnheiten pflegen.

Die **theoretische Begründung** des Programms ist mit dem Transtheoretischen Modell gegeben. Kritisch anzumerken ist lediglich, dass andere Theorien des Gesundheitsverhaltens nicht diskutiert wurden.<sup>63</sup> 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

---

<sup>62</sup> In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass erst im Jahre 2001 eine Literaturstudie zum Thema "episodische Risikokonsumierende" bei der SFA in Auftrag gegeben wurde.

<sup>63</sup> z.B. Empowerment-Ansätze, Health-Belief Model, Theory of reasoned action (vgl. Schwarzer 1996)

frei von Kritik.<sup>64</sup> Auch wurde bspw. von einigen befragten Präventionsexperten der individualistische Ansatz kritisiert, da das Konsumverhalten stark durch die Gruppenzugehörigkeit und -dynamik bestimmt werde.<sup>65</sup>

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.<sup>66</sup> 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. 5.1 und 6.1).

*Empfehlung: Die Zielsetzungen für die zweite 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. 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.

---

<sup>64</sup> z.B. Bunton et al. (2000)

<sup>65</sup> Dies bestätigt auch eine im Auftrag von SFA und BAG durchgeführte qualitative Studie (Link 1997).

<sup>66</sup> vgl. beispielsweise Schumacher (2001)

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.

*Empfehlung: Für die Fortsetzung des Programms ist die theoretische Grundlage konsequent auf die Formulierung der Ziele und Zielgruppen anzuwenden.*

Es ist auf der Ebene der Konzeption des Programms ein **Dilemma** zwischen den Anforderungen programmbezogener Grundlagenarbeit einerseits und der Berücksichtigung politischer Rahmenbedingungen auszumachen. Die festgestellten Defizite waren den Programmverantwortlichen teilweise bekannt und bewusst, rückten aber angesichts der politischen Rahmenbedingungen, insbesondere der Verfügbarkeit von Mitteln in den Hintergrund. Oder allgemeiner formuliert: Es zeigten sich Unverträglichkeiten zwischen langfristigem Programmmanagement und der Verwaltungsstruktur des Bundes.

*Empfehlung: Es ist zur Vermeidung dieser Schwierigkeiten für andere Programme grundsätzlich einerseits zu prüfen, ob diese Unverträglichkeiten nicht durch Anpassungen der Verwaltungsabläufe verringert werden können. Andererseits ist zu prüfen, ob nicht Auslagerungen in neue Strukturen (vgl. die Agenturen im Rahmen des Programms Energie Schweiz des Bundesamtes für Energie) möglich sind.*

*In der Kommunikation an Fachleute ausserhalb eines Programms müssen – auch vor dem Hintergrund der politischen Gegebenheiten – realistische Termine und Ziele formuliert werden, damit ein Programm nicht unglaubwürdig erscheint.*

## 4.1.2 Strategie

Bei der Evaluation der Strategie wurden folgende Strategieelemente untersucht:

- die Trägerschaft,
- die Strukturierung in Teilprojekte,
- der nationale und zentrale Ansatz,
- der Ansatz des Social Marketing,
- die Zielüberprüfung.

### 4.1.2.1 Die Trägerschaft

Eine Besonderheit des Programms liegt in der **Trägerschaft** durch drei Institutionen, wovon die beiden Bundesämter (BAG und EAV) zwei verschiedenen Departementen angehören. Die Zusammenarbeit von zwei Amtsstellen aus zwei verschiedenen Departementen bedeutet eine breitere verwaltungsinterne Abstützung.

Die Konzeptualisierung von AiG? wurde vom BAG und der SFA getragen. Die SFA als *die* Fachstelle für Alkoholprobleme in der Schweiz steuerte wertvolles Fachwissen bei. Durch die frühzeitige Einbindung der SFA in die Führung konnte das Programm den inhaltlichen Rückhalt verstärken und weiterhin vom grossen Wissen der SFA profitieren. Die EAV erwies sich als eine wertvolle Unterstützung bei der politischen Durchsetzung des Programms und entschied bereits in dieser Phase, das Programm auch mitzufinanzieren.

Die Federführung liegt beim BAG als dem Amt, das für die Gesundheitspolitik zuständig ist und auch die grössten finanziellen Mittel zur Verfügung stellt. Eine Mehrzahl der GesprächspartnerInnen<sup>67</sup> bestätigt, dass die dreifache Trägerschaft dem Programm Gewicht und Glaubwürdigkeit verleihe. Die dadurch sich ergebende grössere Schwerfälligkeit im Handeln wird jedoch gemäss Interviewaussagen der Verantwortlichen<sup>68</sup> durch die erwähnten Vorteile eindeutig aufgewogen. Zudem wird das Problem auch durch den implizit klaren Führungsanspruch des BAG entschärft.

---

<sup>67</sup> Datenquellen 1 bis 4 (vgl. Darstellung 6)

<sup>68</sup> Datenquelle 1 und 2 (vgl. Darstellung 6)

#### 4.1.2.2 Die Gliederung in Teilprojekte

Das Alkoholprogramm ist nicht als ein einziges, in sich geschlossenes Element konzipiert, sondern gliedert sich in verschiedene **Teilprojekte**. Oder anders gesagt: Die Ziele des Programms sollen nicht mit einem einzigen Projekt, sondern mit verschiedenen Teilprojekten erreicht werden.

Aus den Unterlagen ist nicht klar erkennbar, welches begleitende Aktivitäten und welches Teilprojekte sind. Auch aus den Gesprächen mit den Beteiligten am Programm ergab sich keine eindeutige Einteilung. Die Evaluation grenzt sechs Teilprojekte voneinander ab. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Ziele, Zielgruppen und/oder Massnahmen.

Darstellung 11: Übersicht über die Teilprojekte

Teilprojekt	Ziele	Zielgruppe(n)	Massnahmen der Teilprojekte
<b>Kampagne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Information</li> <li>– Sensibilisierung</li> </ul>	Kampagne: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Personen in vormotivationaler Phase: episodische Risikokonsumierende (v.a. 20-30jährige )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plakate</li> <li>– Kino- und. TV-Spots</li> <li>– Inserate</li> <li>– Informationsmaterial</li> <li>– PR-Aktivitäten</li> </ul>
<b>Partneraktivitäten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Information</li> <li>– Sensibilisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– MultiplikatorInnen: Präventions- und Suchtfachstellen</li> <li>– Bevölkerung (in der vormotivationalen, der motivationalen und der Handlungsphase)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plakate</li> <li>– Informationsmaterialien</li> </ul>
<b>Ärzte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sensibilisierung von GrundversorgerInnen und PatientInnen</li> <li>– Erhöhen der Anzahl Kurzinterventionen</li> <li>– Etablierung einer Fortbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– MultiplikatorInnen: GrundversorgerInnen</li> <li>– Personen in vormotivationaler und motivationaler Phase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Weiterbildungsangebot</li> <li>– Gesprächsleitfaden</li> <li>– Manual</li> </ul>
<b>Internet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Information</li> <li>– Sensibilisierung</li> <li>– Dokumentation des Programms</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Surfer (vormotivationale Phase)</li> <li>– Medien</li> <li>– Fachkreise</li> <li>– Mitarbeitende von AiG?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Forum</li> <li>– Stammtisch</li> <li>– Newsletter</li> <li>– Fun-Bereich</li> </ul>
<b>Gemeinden (Pilot)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Konzipierung und Erprobung lokaler Alkoholpolitiken als Antworten auf alkoholassozierte Probleme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– MultiplikatorInnen: lokale Fachstellen, Vereine, Gemeinderäte etc.</li> <li>– Bevölkerung der Pilotgemeinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rekrutierung von Gemeinden über Fachstellen</li> <li>– Schaffung von Aufmerksamkeit</li> <li>– Erarbeitung von Unterlagen</li> <li>– Beratung der Gemeinden bei der Umsetzung</li> </ul>
<b>Helpline</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Information</li> <li>– Beratung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Personen in der motivationalen Phase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bewerbung</li> <li>– Weiterbildungsangebot</li> </ul>

Ergänzende PR-Aktivitäten waren als Aufgabe der Programmleitung definiert, Zielgruppen sollten die Bevölkerung allgemein und Fachkreise sein.

Die in den Unterlagen und Gesprächen formulierten Ziele der Teilprojekte sind in den wenigsten Fällen *explizit* auf das Globalziel ausgerichtet. Aus Darstellung 11 geht hervor, dass alle Teilprojekte die Information und Sensibilisierung als allgemeine Zielsetzungen benennen. Dies entspricht der Absicht der ersten Programmhälfte von AiG?, in der auf die Problematik des risikoreichen Konsums, insbesondere des episodischen Risikokonsums, aufmerksam gemacht werden soll.<sup>69</sup> Um das Ziel der Senkung dieses Konsums zu erreichen, dürften nach Meinung der Programmbeteiligten<sup>70</sup> Information und Sensibilisierung kaum ausreichen. Um eine Verhaltensänderung zu motivieren, wurde eine individuelle Intervention als angezeigt betrachtet. Diese persönliche Beratung ist im Ärzteprojekt, beim Nationalen Beratungstelefon (Helpline) und im Teilprojekt Gemeinden vorgesehen. So geschaffene Kontakte sind intensiver und nachhaltiger und sind daher hinsichtlich der Wirkung höher zu werten.

Für jedes Teilprojekt finden sich auch konkrete – häufig quantitative – Zielsetzungen, welche teilweise in Jahresziele unterteilt wurden. Die Analyse der Dokumente zeigt, dass die Ziele während der Laufzeit von AiG? zunehmend allgemeiner und verspätet formuliert worden sind. Beispielsweise wurden die zu erreichenden Zielwerte für die Kampagne 2000 erst im nachhinein definiert. Beim Teilprojekt Internet wurden messbare Ziele erst ab dem Jahre 2002 formuliert.

Wie aus den Interviews mit den Beteiligten am Programm<sup>71</sup> hervorgeht, wurde die Auswahl der einzelnen Teilprojekte nicht in erster Linie auf Grund der Zielsetzung von AiG? getroffen. Vielmehr waren insbesondere das Teilprojekt Kampagne und das Teilprojekt Ärzte unbestritten und wurden als "evident" bezeichnet. Die Kampagne galt als unabdingbar – zumindest in der Startphase – für die Bekanntmachung und als "Visitenkarte" des Programms. Die positiven Erfahrungen des BAG mit den

---

<sup>69</sup> In der 2. Programmhälfte sollten dann gemäss der ursprünglichen Planung die Personen in der motivationalen Phase zum Handeln gebracht werden.

<sup>70</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

<sup>71</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

massenmedialen Kampagnen im AIDS-Bereich waren wegleitend.

Beim Ärzteprojekt konnte auf ein Pilotprojekt zurückgegriffen werden.<sup>72</sup> Neben impliziten strategischen Überlegungen spielte die Erwartung eines guten Kosten-Nutzen-Verhältnisses eine Rolle.

Weiter wurde von den Verantwortlichen auch das Teilprojekt Gemeinden als ein zentrales Projekt betrachtet, das auf erfolgreichen ausländischen Projekten beruhte,<sup>73</sup> wenn es auch bis Ende 2002 erst als Pilotprojekt deklariert wurde. Es soll einen innovativen und nachhaltigen Ansatz für die Alkoholprävention darstellen, indem es den direkten Kontakt zur Bevölkerung und auch zu den spezifischen Zielgruppen ermöglicht.

Der erwartete Beitrag der Teilprojekte Internet und Nationales Beratungstelefon an das Globalziel ist dagegen nicht eindeutig, die Begründung für ihre Wahl fällt bei den Befragten unterschiedlich aus. Das Teilprojekt Internet wurde unter anderem deswegen geschaffen, weil die Programmverantwortlichen der Meinung waren, man müsse in diesem innovativen Medium einfach präsent sein.

#### **4.1.2.3 Zielgruppen der Teilprojekte**

Aus Darstellung 11 ist ersichtlich, dass die Teilprojekte sich teilweise nicht direkt mit der seit dem Jahr 2000 geltenden spezifischen Zielgruppe des Gesamtprogramms (episodische Risikokonsumierende) beschäftigen. Ihre Zielgruppen sind weiter gefasst (Bevölkerung, Internet-SurferInnen) oder MultiplikatorenInnen.

Bei der Planung der Teilprojekte wurden unterschiedlich vertiefende zielgruppenspezifische Abklärungen gemacht. Durch die Baseline-Studie abgestützt sind die 20-30jährigen episodischen Risikokonsumierenden die Zielgruppe der Kampagne. Allerdings überschneidet sich die Durchführung der Studie mit dem Start der Kampagne. Auch für das folgende Jahr waren die Vorarbeiten abgeschlossen. Um die Plakat- und Spotserie des Jahres 2000 besser auf die Zielgruppe auszurichten, wurde ein Workshop mit Mitgliedern der Zielgruppe durchgeführt. Die

---

<sup>72</sup> vgl. Fussnote 101

<sup>73</sup> Holder & Reynolds 1995, Johannessen et al. 1999 und Raphael et al. 1999

Vorabklärungen gingen allerdings nicht soweit, dass man dadurch die Verhaltensmuster und Motivationen vertieft kennen gelernt hätte.

Im Ärzteprojekt konnten zielgruppenspezifische Abklärungen aus früheren Arbeiten, an welchen der Teilprojektleiter beteiligt war, genutzt werden. Im Gemeindeprojekt erfolgte eine genaue Zielgruppenabklärung, weil das Projekt von den Bedürfnissen der Gemeinden ausgeht. In den weiteren Teilprojekten, vor allem bei den Partneraktivitäten und dem Teilprojekt Internet, fehlen vorgängige Analysen.

Nachfolgend soll noch näher der Frage nachgegangen werden, ob die Zielgruppe des Gesamtprogramms – episodische Risikokonsumierende in der vormotivationalen oder motivationalen Phase – durch die von den Teilprojekten angesprochenen Gruppen abgedeckt ist. Ausgangspunkt bildet Darstellung 12.

*Darstellung 12: Übereinstimmung der Zielgruppe des Programms mit den Zielgruppen der Teilprojekte<sup>74</sup>*

Teilprojekt \ AiG?-Zielgruppe	TTM-Stufenmodell		Trinkmuster
	Personen in der vormotivationalen Phase	Personen in der motivationalen Phase	episodische Risikokonsumierende
<b>Kampagne</b>	ja	ja	ja
<b>Partneraktivitäten</b>	eher nein	ja	fraglich
<b>Ärzte</b>	ja	ja	ja
<b>Internet</b>	eher nein	ja	ja
<b>Gemeinden</b>	ja	ja	ja
<b>Helpline</b>	nein	ja	ja

Die Darstellung zeigt, dass drei Teilprojekte – Kampagne, Ärzte, Gemeinden – die Zielgruppe des Alkoholprogramms erreichen dürften. Personen in der motivationalen Phase werden durch alle Teilprojekte abgedeckt, Personen in der vormotiva-

<sup>74</sup> Die PR-Aktivitäten der Programmleitung sind nicht berücksichtigt.

tionalen Phase jedoch nur durch drei. Bei den Partneraktivitäten können Präventions- und Suchtfachstellen die Plakate der Kampagne übernehmen bzw. Unterstützungsmaterial bestellen. Mit Ausnahme der Präventionsstellen kennen die Suchtfachstellen jedoch traditionell ein anderes Zielpublikum als AiG?, nämlich Personen mit Alkoholproblemen. Daher dürfte es für das Teilprojekt Partneraktivitäten eher schwierig sein, Personen in der vormotivationalen Phase und episodische Risikokonsumierende zu erreichen. Beim Internetauftritt ist bisher nicht ersichtlich, wie Personen in der vormotivationalen Phase dazu gebracht werden sollen, auf einer Website zu verweilen, welche sich mit Alkoholprävention beschäftigt. Der Nachteil des Teilprojekts Internet besteht zudem darin, dass es noch andere Zielgruppen (Medien, Fachkreise) berücksichtigen muss. Das Teilprojekt Nationales Beratungstelefon kann Personen in der vormotivationalen Phase kaum erreichen, jedoch motivierten Personen weiterhelfen.

#### **4.1.2.4 Abstimmung der Teilprojekte untereinander**

Die Einbettung der Teilprojekte in das Alkoholprogramm wurde in den Gremien von AiG? nur im Zusammenhang mit dem Teilprojekt Kampagne ausführlich diskutiert. Dies gilt auch für die Terminierung der Teilprojekte. Dennoch besteht eine implizite Chronologie von AiG?. Die Kampagne sollte am Start von AiG? stehen, um das Programm bekannt zu machen und gewissermassen das Terrain für die anderen Teilprojekte zu ebnet. Die massenmedialen Auftritte sollten die risikoreich Konsumierenden für ihr Trinkverhalten sensibilisieren. Später in der vierjährigen Laufzeit des Programms wurden die Teilprojekte mit den individuellen Angeboten immer wichtiger. Sie sollten vor allem die Beratung und Begleitung der Personen in der motivationalen Phase übernehmen. Konkrete Mechanismen zur Vernetzung und zur Schaffung von Synergien zwischen den Teilprojekten waren nicht geplant. Die Gründe für diesen konzeptuellen Mangel liegen unter anderem im hohen Zeitdruck, unter welchem AiG? startete. So überschritten sich Konzeptualisierung und Umsetzung der Teilprojekte in einigen Fällen.

#### 4.1.2.5 **Das Alkoholprogramm als zentral geführtes, nationales Programm**

Das Alkoholprogramm 1999-2002 ist das erste Alkoholpräventionsprogramm in der Schweiz, welches zentral und mit einer nationalen Abdeckung durchgeführt wird. Im folgenden werden zuerst die Gründe der Programmverantwortlichen sowie die Haltung der Kantone zur zentralen Durchführung dargelegt. Danach sollen die konzeptuellen Elemente einer flächendeckenden Programmierung betrachtet werden.

Das Alkoholprogramm wurde von Beginn weg unter der Federführung des BAG als **zentral durchgeführtes Programm** geplant. Der strategische Entscheid, die Kantone oder Fachstellen nicht in die Planung einzubeziehen, hat gemäss den Verantwortlichen verschiedene Gründe.<sup>75</sup>

- Erstens werde dadurch ein kohärenter Auftritt auf nationaler Ebene ermöglicht. In den Kantonen sind die vorhandenen finanziellen Mittel für die Alkoholprävention unterschiedlich gross und werden zudem sehr verschieden eingesetzt.<sup>76</sup> Dies rechtfertige ein zentral durchgeführtes Programm auch unter dem Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit. Vor allem im Bereich der Massenmedien würden nur die finanziellen Mittel des Bundes erlauben, eine flächendeckende, einheitliche und wiederholte Abdeckung zu erreichen.
- Zweitens sei ein nationales Programm effizienter, da mit verhältnismässig weniger Aufwand mehr Leute erreicht werden könnten.
- Weitere Gründe liegen gemäss einigen Beteiligten am Programm in der gedrängten Terminierung des Alkoholprogramms und in den beschränkten Ressourcen, welche einen Einbezug der Kantone oder von Fachstellen nicht erlaubt hätten.

Das Alkoholprogramm möchte sich als eine Art Dachkonstruktion anbieten für die Anstrengungen in den Kantonen und Präventionsorganisationen. In der Folge würden die Aktivitäten dieser Institutionen auch unter dem Logo von AiG? erscheinen. Dies soll die Ausstrahlung von AiG? bei einer breiten Bevölkerung zusätzlich verstärken, wie es durch das Partnerangebot mit den Plakaten bereits erfolgt ist. Allerdings ist nicht geplant, die Aktivitäten in den Kantonen mitzufinanzieren. Die Kantone

---

<sup>75</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

<sup>76</sup> Sager & Vatter (2000)

verfügen durch den Alkoholzehntel bereits über finanzielle Mittel um ihrem Auftrag in der Prävention nachzukommen.

Von Seiten der Organisation bedeutet die zentrale Durchführung, dass insbesondere die Kantone – die "traditionellen" Präventionsanbieter – bzw. deren Alkoholpräventionskonzepte nicht in die Planung des Alkoholprogramms einbezogen wurden. Auf Grund der Interviews<sup>77</sup> entstand der Eindruck, dass die Projektverantwortlichen während der Konzeptionsphase kaum berücksichtigten, dass die Alkoholprävention gerade in einigen Westschweizer Kantonen eine wichtige Rolle spielt und teilweise grosse Erfahrungen vorhanden sind.

Die befragten Experten der Sucht- und Präventionsszene, darunter KantonsvertreterInnen und LeiterInnen von Fachstellen,<sup>78</sup> begrüßten einhellig, dass der Bund ein Programm im Bereich der Alkoholprävention lanciert und damit der Alkoholproblematik einen wichtigeren Stellenwert als bisher einräumt. Die LeiterInnen von Fachstellen finden im Engagement des Bundes einen zusätzlichen Rückhalt für ihre Tätigkeit. Die GesprächspartnerInnen aus den aktiveren Kantonen bekunden jedoch Mühe mit der Idee, AiG? als eine Dachorganisation für den Bereich der Alkoholprävention zu akzeptieren. Engagierte Kantone bemängeln, dass sie in der Konzeptionsphase ihre Erfahrung in der Alkoholprävention dem Bund als "Neuling" in diesem Felde nicht kundtun konnten. Die Präventionskonzepte der aktiven Kantone haben teilweise andere Ansätze als AiG?, wie beispielsweise die Kantone Genf und Tessin deutlich zeigen. Die Anstrengungen haben einen primärpräventiven, d.h. nicht suchtmittelspezifischen Ansatz oder liegen mehr im Bereich der Gesundheitsförderung. Ein Kantonsvertreter drückte sich pointiert aus: *„Es ist, wie wenn der Bund uns Kantone ein Kleid gibt und möchte, dass wir es anziehen. Aber wenn der Schnitt und die Farbe nicht zu unseren Vorstellungen passen, möchten wir eben dieses Kleid lieber nicht.“*

Die zentrale Steuerung zeigt sich auch bei den Teilprojekten. Nur das Gemeindeprojekt und eingeschränkt auch das Ärzteprojekt kennen einen Einfluss der Regionen auf die Gestaltung der Projekte. Beim Gemeindeprojekt soll von den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Gemeinden ausgegangen werden. Beim Ärzteprojekt kommt hinsichtlich des Aufbaus des Weiterbil-

---

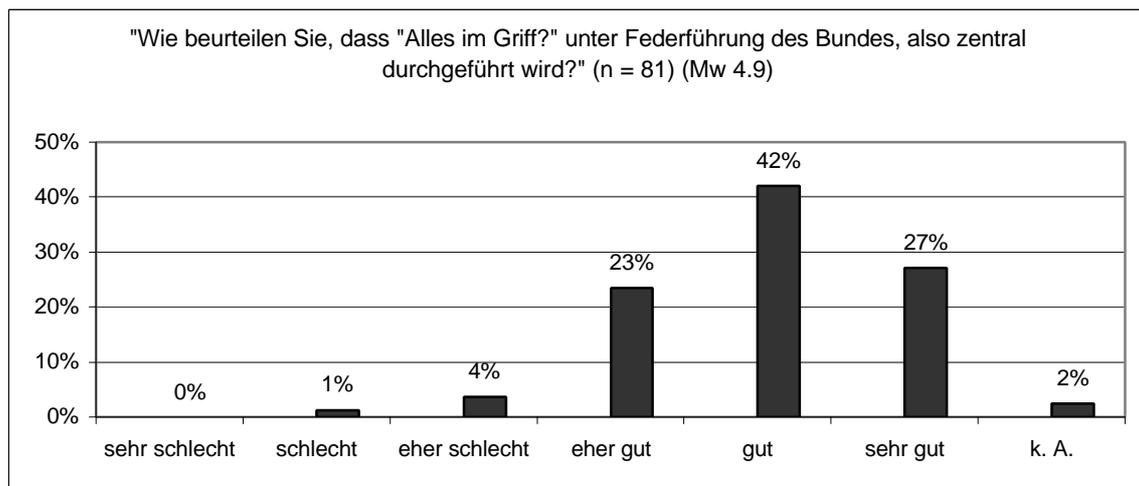
<sup>77</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

<sup>78</sup> Datenquellen 4, 7 und 8 (vgl. Darstellung 6)

dungsangebotes einzelnen ÄrztInnen pro Region eine Schlüsselrolle zu.

Die Fachleute aus Präventions- und Suchtfachstellen beurteilen die Idee eines zentralen Programms unter Federführung des Bundes als gut.<sup>79</sup>

*Darstellung 13: Die Idee eines zentralen Programms aus der Sicht der Fachleute*



AiG? ist ein **nationales Alkoholpräventionsprogramm**, welches in den drei Sprachregionen die gleiche Wirkung entfalten soll. Wie sind nun die sprachlichen und kulturellen Unterschiede gewichtet und in der Konzeptualisierung berücksichtigt worden?

Der Alkoholkonsum unterscheidet sich in den Sprachregionen vor allem auf zwei Arten.<sup>80</sup> Zum einen herrschen verschiedene Vorlieben. In der West- und Südschweiz ist der Wein populärer, in der Deutschschweiz eher das Bier. Allerdings gilt diese Unterscheidung für junge Konsumierende nur bedingt. Diese trinken weniger Wein, dafür mehr Bier und zunehmend Spirituosen. Zum anderen sind die Perzeption und die Repräsentationen im Zusammenhang mit Alkohol je nach Sprachregion anders. In den Weinbauregionen, welche sich in der West- und Südschweiz befinden, ist Wein – noch mehr als in der Deutschschweiz – ein kulturelles Gut und ein Wirtschaftsfaktor. Dass es sich auch um ein alkoholisches Getränk handelt, dessen unangemessener Konsum Probleme bereitet, ist weniger

<sup>79</sup> Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 6)

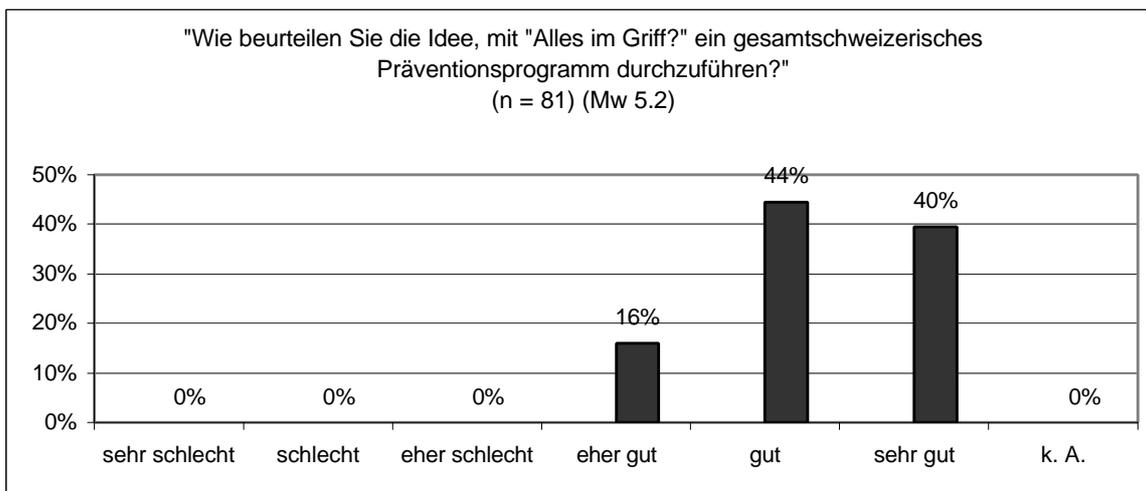
<sup>80</sup> Gmel (2000)

im Bewusstsein verankert. Allerdings bemerkten einige Befragte<sup>81</sup> in diesem Zusammenhang, dass möglicherweise die sprachregionale Differenz überbewertet werde im Gegensatz beispielsweise zum unterschiedlichen Trinkverhalten zwischen Stadt und Land.

Die Konzeptualisierungsphase von AiG? war deutschschweizerisch geprägt. Es lag insbesondere an den Vertretungen der SFA, welche in der Westschweiz beheimatet ist, kulturelle Aspekte der Westschweiz einzubringen. Die italienische Schweiz war in den verantwortlichen Gremien nicht vertreten. Die konkreten Adaptationsanstrengungen bei der Umsetzung des Alkoholprogramms werden in 5.1.3 dargestellt.

Die Idee eines nationalen Programms wird von den Präventions- und Suchtfachleuten positiv beurteilt.<sup>82</sup>

*Darstellung 14: Die Idee eines nationalen Programms aus der Sicht der Fachleute*



#### 4.1.2.6 AiG? als Social Marketing-Programm

Das Konzept des Social Marketing wurde geprägt durch die Arbeiten von Philip Kotler.<sup>83</sup> Für das Alkoholprogramm AiG? dienten jedoch in erster Linie Alan R. Andreasens Überlegungen als Grundlage. Dieser Autor hat das Social Marketing-Konzept durch die Integration des erwähnten Transtheoreti-

<sup>81</sup> Datenquelle 4 (vgl. Darstellung 6)

<sup>82</sup> Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 6)

<sup>83</sup> vgl. z.B: Kotler (1975), Kotler & Roberto (1991)

schen Modells weiter entwickelt.<sup>84</sup> 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. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen verschiedene Bedingungen erfüllt werden. Dabei ist der „Marketing-Mix, welcher die fünf "P's" (Product, Place, Price, Promotion und People) enthält für das Vorgehen von zentraler Bedeutung. Die fünf "P's" müssen vorgängig definiert werden.

Beim Alkoholprogramm soll gemäss Interviewaussagen von Mitgliedern des Ausschusses und der Programmleitung<sup>85</sup> das Social Marketing-Konzept sowohl auf AiG? als Gesamtprogramm als auch auf die einzelnen Teilprojekte angewendet werden. Allerdings besteht keine schriftliche Konzeptualisierung betreffend einer Social Marketing-Strategie für AiG? und seiner Teilprojekte. Auch die entsprechende Terminologie wird in der internen Kommunikation und den vorhandenen Dokumenten kaum verwendet. Die Wahl, das Alkoholprogramm gemäss Social Marketing-Prinzipien durchzuführen wurde denn auch nicht breit diskutiert, und die Einhaltung der Prinzipien des Social Marketing ist den Betroffenen unterschiedlich wichtig. Es existieren – auch bei den Programmverantwortlichen – sehr verschiedene Vorstellungen darüber, was unter Social Marketing zu verstehen ist.

Die TeilprojektleiterInnen kennen das Social Marketing-Konzept teilweise kaum.<sup>86</sup> Da sie die Vermittler zwischen den Programmverantwortlichen und den Zielgruppen sind, ist die Kenntnis des Konzepts eine Voraussetzung, wenn AiG? als Social Marketing-Programm verankert werden soll.

Für viele PräventionsexpertInnen<sup>87</sup> ist Social Marketing eine Worthülse, welche inflationär gebraucht werde und *"alten Wein in neuen Schläuchen transportiere"*, wie mehrmals erwähnt wurde. Ihrer Ansicht nach gehören Forderungen des Social Marketings wie etwa die ständige Evaluation oder ein angepasster zeitlicher Einsatz der Massnahmen zu jedem Projektmanagement und würden keine Besonderheit darstellen.

---

<sup>84</sup> Andreasen (1995)

<sup>85</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

<sup>86</sup> Datenquelle 2 (vgl. Darstellung 6)

<sup>87</sup> Datenquelle 4 (vgl. Darstellung 6)

#### 4.1.2.7 **Die Zielüberprüfung**

Durch ständige Begleitung in Form von Monitoring und (Auto-) Evaluationen sollen Mängel eines Programms frühzeitig erkannt und korrigiert werden können.

Als Monitoringgrundlage des Gesamtprogramms dient bei AiG? die Baseline-Studie. Die repräsentative Umfrage über die Trinkgewohnheiten der erwachsenen Bevölkerung wurde Ende 1998 erstmals durchgeführt, im Jahre 2000 wiederholt und soll im Spätherbst 2002 das nächste Mal stattfinden. Wie die Baseline-Studie soll auch die Globalevaluation eine begleitende Funktion erfüllen. Die Teilprojekte haben zum Teil eigene Evaluationsinstrumente.

Die Resultatüberprüfung der Kampagne beruht beispielsweise auf jährlichen Posttests, welche die Bekanntheit und die Akzeptanz des Auftritts messen.<sup>88</sup> Dieses Instrument sagt jedoch wenig aus über die effektive, längerfristige Wirkung – in diesem Fall Sensibilisierung – der Kampagne. Dazu kann wiederum die Baseline-Studie dienen.

In den anderen Teilprojekte werden die Outputs in unterschiedlicher Weise evaluiert (vgl. 6.1.2.2.5 und 6.2.2.3.2). Ob die Instrumente genügend ausgebaut sind und ihre Bestimmung erfüllen, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden. Die Anforderungen an die vorgesehenen Autevaluationen, die in den Mandaten der Teilprojekte vertraglich geregelt sind, wurden angesichts der aufwändigeren und langsameren Umsetzung der Teilprojekte reduziert auf qualitative Reflexionen. Die Autevaluationen werden erst in der geplanten zweiten Phase des Programms voll greifen.

#### 4.1.2.8 **Zusammenfassung, Beurteilung und Empfehlungen**

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

- Die **Trägerschaft** des Alkoholprogramms ist breit und sowohl departementübergreifend als auch über die Verwaltung hinausreichend. Sie verleiht dem Programm Gewicht und Glaubwürdigkeit. Da die Federführung klar dem BAG zuge-

---

<sup>88</sup> vgl. Darstellung 7

wiesen ist, schmälert die Konstellation die Handlungsfähigkeit des Programms nicht.

- 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 pragmatischen Überlegungen und teilweise eher zufällig. 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 dem Pilotprojekt<sup>89</sup> zu Grunde.
- 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 den Zielen des Programms ist mangelhaft: Von den sechs Teilprojekten erreichen nur drei<sup>90</sup> die Zielgruppe des Programms (vgl. S. 20)., nämlich die episodischen Risikokonsumierenden, 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. 48).
- 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.<sup>91</sup> Die Vertreter der im Alkoholbereich 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. Es soll in allen drei Sprachregionen die gleiche Wirkung entfalten. Trotzdem war die Konzeptphase

---

<sup>89</sup> vgl. Fussnote 101

<sup>90</sup> Teilprojekte Ärzte, Kampagne und Gemeinden

<sup>91</sup> Datenquelle 4 und 5 (vgl. Darstellung 6)

deutschschweizerisch geprägt. Die Vertretung der in Lausanne beheimateten SFA brachte kulturelle Aspekte der Westschweiz ein. Die italienische Schweiz war nicht vertreten.

- Das Programm ist als **Social Marketing**-Programm konzipiert,<sup>92</sup> allerdings liegt kein schriftliches Konzept dazu vor. In den internen Dokumenten und Protokollen kommt die entsprechende Terminologie kaum vor, und die Programmgruppen haben unterschiedliche, oft unklare Vorstellungen darüber, was Social Marketing bedeutet. Den Teilprojektleitungen ist nur teilweise bekannt, dass das Programm und seine Teilprojekte als Social Marketing konzipiert sind.
- Das Programm hat eine Begleitung und **Zielüberprüfung** durch die vorliegende Fremdevaluation sowie in Form von einem Monitoring der Auswirkungen (Impact) und Einwirkungen (Outcome) vorgesehen.<sup>93</sup> Die Autoevaluationen in den Teilprojekten wurden angesichts der aufwändigeren Umsetzungsarbeiten reduziert auf qualitative Reflexionen. Daneben haben die Teilprojekte auf der Ebene der Outputs und der Auswirkungen (Outcome) teilweise eigene Instrumente eingesetzt.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die **Strategie** genügt dem Kriterium der Relevanz weitgehend. Der Entscheid für die Gliederung des Alkoholprogramms in Teilprojekte macht grundsätzlich aus der Sicht einer Risikoverteilung Sinn. Zudem trägt er der Komplexität des Themas und der theoretischen Grundlage Rechnung. Die einseitige Budgetverteilung zu Gunsten des Teilprojektes Kampagne unterläuft diese Risikoverteilung jedoch zumindest teilweise.

Zwar sind nicht alle Teilprojekte genügend begründet, aber die zentralen Elemente (Teilprojekte Kampagne, Ärzte und Gemeinden) sind relevant und auch erprobt. Die Trägerschaft und das Ziel der nationalen Abdeckung tragen der Grösse des Problems ebenfalls Rechnung.

---

<sup>92</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

<sup>93</sup> vgl. Baseline-Befragung 1998 und Anschlussbefragung 2000, nächste Befragung geplant für Dezember 2002

*Empfehlung: Im Hinblick auf die Fortsetzung des Programms ist zu überprüfen, welche Teilprojekte beibehalten und wie die Mittel auf die Teilprojekte verteilt werden.*

Die Relevanz des gewählten **zentralen Ansatzes** ist vor dem Hintergrund des in den Kantonen teilweise vorhandenen Erfahrungswissens und der politischen Kultur des Föderalismus nicht 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 bisher stark zentral geprägte Konzeption und Umsetzung von AiG? war in den Jahren 1998/99 vertretbar, da sie rasches Handeln erlaubte. Nun ist aber den Veränderungen im Kontext Rechnung zu tragen. Durch den **Nationalen Alkoholaktionsplan** NAAP werden auf kantonaler Ebene Aktivitäten ausgelöst, welche die Nachhaltigkeit von AiG? fördern können. Wenn die Kantone eine Alkoholpolitik formulieren, so wird sich das positiv auf eine dauerhafte Wirkung des Alkoholprogramms auswirken.

*Empfehlung: Das Programm muss sich den veränderten Gegebenheiten anpassen und eine dezentrale Verankerung anstreben, um sich Nachhaltigkeit zu verschaffen.*

Ein **nationaler, flächendeckender Ansatz** setzt in der mehrsprachigen und mehrkulturellen Schweiz eine regionale Anpassung voraus, wenn im Themenbereich regionale Unterschiede bestehen, wie dies beim Alkohol der Fall ist. Der unterschiedliche Stellenwert, welchen die alkoholischen Getränke und deren Konsum in den Sprachregionen haben, dürfte für die sprachregionale und kulturelle Anpassung von beträchtlicher Bedeutung sein. Hingegen ist fraglich, wie sehr die regionalen Unterschiede im Konsumverhalten im Zentrum stehen sollen, da die jungen episodischen Risikokonsumierenden als primäre

Zielgruppe ein relativ einheitliches Konsumverhalten zeigen.<sup>94</sup> Wir halten dafür, dass der kulturellen Anpassung in der Konzeptionsphase eines Programms grössere Bedeutung zukommt als der rein sprachlichen Adaptation.

*Empfehlung: Bei nationalen Programmen müssen die Landesteile in der Konzeption von Anfang an einbezogen sein, damit die unterschiedlichen kulturellen Gegebenheiten einfließen können. Auch eine gute und sorgfältige sprachliche Anpassung von Botschaften kann ein allfälliges Defizit auf der konzeptuellen Ebene nicht ausgleichen.*

Die mangelnde **Transparenz** hat sich einerseits vor allem bei der Auswahl und Konzeption der Teilprojekte ausgewirkt und zu mangelnder Kohärenz geführt.

*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*

---

<sup>94</sup> vgl. Müller (1999)

die Vorbereitungsphase und später in die Handlungsphase kommen.

Aus der Sicht der Evaluation muss davon ausgegangen werden, dass das **Social Marketing-Konzept** für das Alkoholprogramm und seine Teilprojekte bei der Vorbereitung zwar einen Leitfaden darstellte, jedoch nicht tatsächlich konzeptualisiert wurde. Es blieb somit *faktisch* ohne Bedeutung für AiG?.

*Empfehlung: Für die Fortsetzung des Programms ist auf eine nachträgliche konkrete Erarbeitung eines Social Marketing-Konzepts zu verzichten. Der zu erwartende Nutzen steht wohl in einem ungünstigen Verhältnis zum erforderlichen Aufwand. Vorrang hat eine strikte Umsetzung des Transtheoretischen Modells.*

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.*

#### 4.1.3 Die Organe des Programms

Nachdem der Bundesrat im Mai 1997 vom nationalen Alkoholprogramm Kenntnis genommen hat, baute das BAG eine Projektorganisation auf. Darstellung 15 gibt eine Übersicht über das Organigramm, das im Gegensatz zum Konzept des Programms, in einem Papier dokumentiert ist.<sup>95</sup> Allerdings fehlen detaillierte Pflichtenhefte oder Funktionsdiagramme, die für eine abschliessende Beurteilung der Organisation nötig wären.

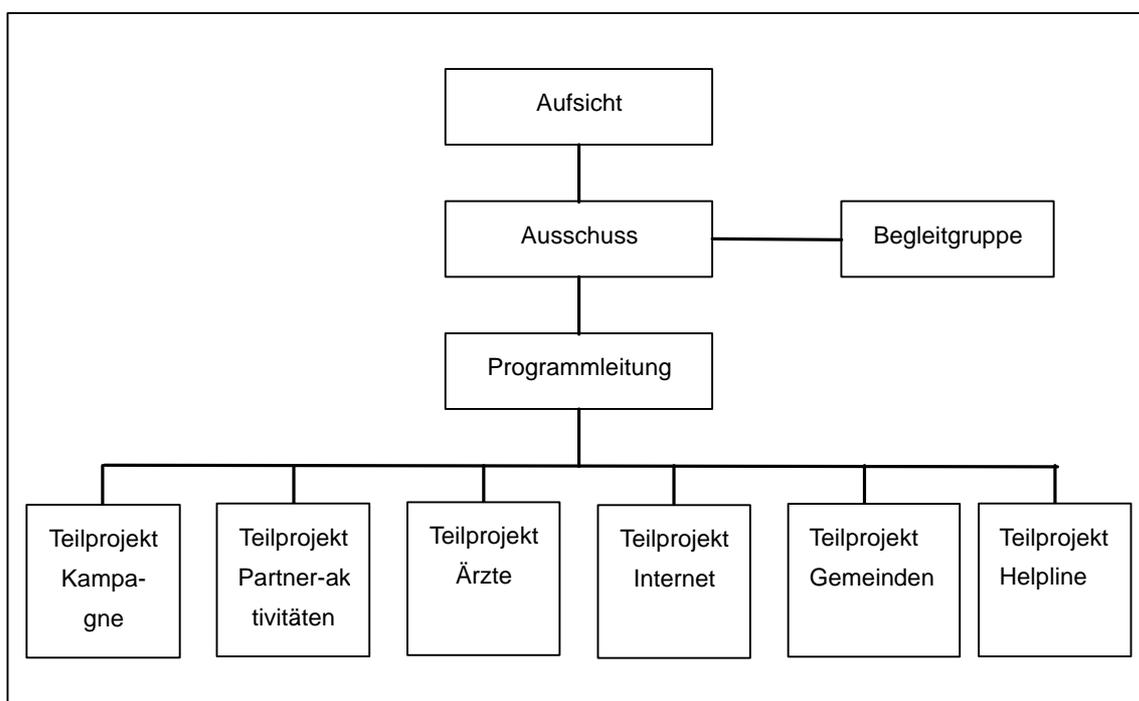
Das oberste Organ heisst **Aufsicht**. Dieses Organ setzt sich aus Direktionsmitgliedern des BAG, der EAV und der SFA zusammen und dient dazu, das Programm breit abzustützen. Die

---

<sup>95</sup> BAG/EAV/SFA (o.J.)

Aufsicht entscheidet gemäss Organigramm über die Rahmenbedingungen des Programms und soll, zusammen mit dem Ausschuss, eine wirkungsvolle und effiziente Programmabwicklung sicherstellen. Die Aufsicht hat somit die strategische Führung inne. Weiter gehört die Unterstützung des Ausschusses zu ihren Aufgaben. Sie hat eine Kontrollfunktion mit dem Ziel, dass das Endprodukt nach innen und nach aussen vertreten werden kann. Das Berichtswesen dient als Grundlage für die Entscheide und für die Kontrollfunktion. Für die Budgetkontrolle ist der BAG-interne Dienst zuständig.

Darstellung 15: Organigramm



Dem **Ausschuss** obliegt die Steuerung von AiG?. Er beschliesst die Massnahmenpläne, setzt unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Begleitgruppe die Zwischenschritte fest und unterstützt die Programmleitung. Der Ausschuss ist der Aufsicht unterstellt. Gemäss Organigramm hat er mit zwei Vertretern des BAG (Leiter Sektion Alkohol und Tabak als Leiter des Programms innerhalb des BAG, Leiter Sektion Kampagnen und Marketing), und je einer Vertretung der EAV und der SFA fast die gleiche Zusammensetzung wie die Aufsicht.

Die Aufgaben der **Programmleitung** liegen in der Umsetzung von AiG? und im operativen Management. Sie koordiniert das Programm, bereitet Sitzungen sowie Entscheide des Ausschusses

ses vor und führt diese aus. Eine regelmässige Berichterstattung gegenüber dem Ausschuss und der Begleitgruppe soll die Transparenz der Arbeit sichern. Die Programmleitung wurde mit 100 Stellenprozenten geplant, jedoch schon bald um weitere 50 Prozent aufgestockt. Beide Stellen sind vertraglich bei der SFA gebunden und durch die EAV finanziert. Dass die Programmleitung nicht beim hauptverantwortlichen Programmträger BAG angesiedelt ist, ist die Folge des Personalstopps beim Bund. Die zwei Mitarbeiterinnen der Programmleitung arbeiten von ihrem Wohnort aus. Es wurde festgelegt, dass die faktische Verantwortung für die Arbeit der Programmleitung beim BAG liegt, obwohl juristisch die SFA haftet.

Die **Begleitgruppe** des Alkoholprogramms setzt sich zusammen aus den Mitgliedern des ehemaligen Kreativ-Teams Drogen, welches die Drogen-Kampagne des BAG begleitete. Ergänzt wurde das Gremium durch VertreterInnen von Organisationen aus dem Bereich Alkohol, Medizin und Prävention sowie des Kantons Tessin. Insgesamt zählte die Begleitgruppe zu Beginn 12 Personen. Die Aufgaben gemäss dem Organigrammbeschrieb verlangen vom Gremium eine kritische Begleitung des Programms und kreativen Input, also eine beratende Funktion. Weiter sollen sich die Mitglieder bei der Vernetzung des Programms mit der eigenen und weiteren Organisationen engagieren. Die Begleitgruppe hat bei den Entscheidungen des Ausschusses ein Mitsprache-, jedoch kein Mitbestimmungsrecht. An den Sitzungen nehmen auch der Ausschuss und die Programmleitung teil. Seit Herbst 2001 sind die Teilprojektverantwortlichen nicht nur als Gäste, sondern als Mitglieder der Begleitgruppe anwesend.<sup>96</sup>

Die Organisation von AiG? sieht für die **Teilprojekte** entweder die Leitung durch eine verwaltungsinterne Stelle oder durch eine externe Institution vor. Diese wurden von den Programmverantwortlichen ausgewählt. Je nach Höhe des Projektbetrages erforderten die Bundesvorgaben eine Ausschreibung. Die folgende Darstellung gibt eine Übersicht über die verantwortlichen Institutionen der Teilprojekte.

---

<sup>96</sup> Diese Veränderung ist eine Folge des Zwischenberichts vom August 2001 (Furrer 2001).

Darstellung 16: Leitung der Teilprojekte

Teilprojekt	Durchführung durch ...
Kampagne	Dienst Kampagnen des BAG <sup>97</sup>
Partneraktivitäten	Dienst Kampagnen des BAG
Ärzte	Universität Genf, Dépt. de santé et médecine communautaire, Einbezug von FMH
Internet	Intervention GmbH bis Ende 2001; crDDB AG seit 2002
Gemeinden	Radix Gesundheitsförderung
Helpline	Die Dargebotene Hand

### Beurteilung und Empfehlungen

Die Vertretung der drei Träger im obersten Organ, der Aufsicht, ebenso wie im Ausschuss ist zweckmässig. Aus Sicht der Evaluation kann festgehalten werden, dass die Ausgliederung der Programmleitung aus dem BAG nicht als strategischer Entscheid betrachtet werden kann, sie ist im Falle des Alkoholprogramms eine Behelfslösung. Die Programmleitung besetzt jedoch eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen den Teilprojekten und den vorgesetzten Organen (Ausschuss, Aufsicht) in einem für das BAG inhaltlich und finanziell wichtigen Präventionsprogramm. Von Seiten der Evaluation wird daher ein Fragezeichen zu dieser organisatorischen Lösung gesetzt hinsichtlich der Verankerung sowie des Stellenwerts der Programmleitung innerhalb des BAG.

Insgesamt kann die geplante Projektorganisation als **transparent** und **zweckmässig** beurteilt werden. Die Details sind aber zu wenig geregelt, es fehlen Pflichtenhefte oder Funktionsdiagramme etc. Die Verpflichtungen der Teilprojektleitungen jedoch sind in den Verträgen festgeschrieben.

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

<sup>97</sup> Der Dienst Kampagnen wurde im Verlaufe des Programms zur Sektion Marketing und Kampagnen.

Allerdings fragt sich, ob die Projektorganisation, auch angesichts des Budgets und der einseitigen Budgetverteilung (vgl. 5.1.2) nicht zu gross und zu aufwändig geraten ist. Zudem spiegeln die Protokolle von Ausschuss und Aufsicht aus Sicht der Evaluation teilweise Doppelspurigkeiten und auch die Zusammenarbeit der beiden Gremien wurde im letzten halben Jahr thematisiert.<sup>98</sup> Der durch diese Projektorganisation verursachte Aufwand scheint beträchtlich und aus unserer Sicht nicht durch unbestreitbare Vorteile aufgewogen.

*Empfehlung: Im Rahmen der besseren Regelung der Details (vgl. obige Empfehlung) ist auch eine grundsätzliche Vereinfachung der Projektorganisation zu prüfen.*

## **4.2 Ebene Teilprojekte**

Im Verlaufe des Programms gab es eine wichtige und für alle Teilprojekte gültige Änderung auf konzeptueller Ebene, welche die Umsetzung zunehmend prägen könnte. Sie betrifft die Finanzierungsmöglichkeiten der Teilprojekte. Die TP können neu Sponsoren suchen. Diese müssen aber vom Ausschuss und der Aufsicht genehmigt werden. Als erster Sponsor konnten die Schweizer Milchproduzenten (SMP) gewonnen werden. Sie finanzieren das Spiel Spacebar auf der Internetseite von AiG? mit (vgl. S. 120).

### **4.2.1 Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten**

Das Konzept des TP Kampagne ist einfach, so dass wenig dazu gesagt werden kann. Es geht darum, mit einer massenmedialen Kampagne dem Programm Bekanntheit und Beachtung zu verschaffen, zu sensibilisieren und Problembewusstsein zu schaffen. Eingesetzt wurden Inserate, Plakate, TV- und Kino-Spots.

Das Globalziel der Kampagne für die erste Programmphase von 1999-2002 lautet "Information und Sensibilisierung der erwachsenen Bevölkerung".<sup>99</sup> Für die einzelnen Jahre wurden

---

<sup>98</sup> vgl. Protokoll Aufsicht-Sitzung vom 6. August 2002. Die Doppelspurigkeiten begründen sich unseres Erachtens teilweise dadurch, dass die Sichtbarkeit der Kampagne eine Absicherung der Entscheide auf höherer hierarchischer Ebene bedingt.

<sup>99</sup> Ziele AiG? 1999-2001 (internes Arbeitspapier, o.J., o.O.)

neben qualitativen Zielen auch quantitative Ziele formuliert. Diese bezogen sich auf die Akzeptanz des Alkoholprogramms und die Botschaften sowie die ungestützte Erinnerung (recall) und die gestützte Wiedererkennung (recognition) der Kampagne.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Zielgruppe und Ziele entsprechen dem Konzept des Alkoholprogramms, die **Relevanz** und **Kohärenz** sind gegeben. Das TP baut auf den guten Erfahrungen des BAG mit den Kampagnen STOP AIDS und Drogen auf und war von Beginn weg "gesetzt". Deshalb vermuten wir, dass das Programmziel der Sensibilisierung zumindest teilweise durch das Ziel dieses Teilprojekts zustande kam.<sup>100</sup>

Eine **theoretische Begründung** für den "weichen" inhaltlichen Ansatz, der auf "Schockeffekte" verzichtet, liegt zwar nicht vor, wurde aber breit diskutiert. Er stimmt mit der Idee von Social Marketing überein. Angesichts der grossen Budgetmittel dieses Teilprojekts ist eine bessere Fundierung jedoch wünschenswert.

Aus unserer Sicht sind die Ziele zu wenig systematisch formuliert worden, und vor allem fehlen Zielwerte im Hinblick auf die Sensibilisierung. Die **Zielqualität** kann als teilweise genügend beurteilt werden.

In Bezug auf das Ziel der Sensibilisierung kann die Kampagne als **zweckmässig** vermutet werden.

**Nachhaltigkeit** des Teilprojekts ist nicht möglich, da die Aktivitäten direkt an finanzielle Mittel gebunden sind und nur periodisch möglich sind. An die Botschaften jedoch ist die Forderung nach Nachhaltigkeit zu stellen. Allerdings ist die Konkurrenz durch andere Werbebotschaften so gross, dass längerfristige Erinnerung fraglich ist.

*Empfehlung: Der inhaltliche Ansatz der Kampagne ist theoretisch und empirisch besser zu begründen.*

*Die Ziele sind systematischer und detaillierter zu formulieren.*

---

<sup>100</sup> Das Kriterium der Transparenz wird auf der Ebene der Teilprojekte nicht betrachtet, da dies in das Design auf Programmebene (Logframe) gehört.

Das Konzept der **Partneraktivitäten** liegt darin, die Werbemittel breiter zu streuen und ändern, insbesondere regionalen und lokalen Präventions- und Suchtfachstellen gratis zur Verfügung zu stellen. Zudem haben die Partneraktivitäten weitere kleine Werbegeschenke (Gadgets oder give-aways) entwickelt.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Das Konzept der Partneraktivitäten ist sinnvoll und zweckmässig. Es dient der Unterstützung sowohl der Kampagne durch Erreichen einer höheren Plakatdichte als auch der regionalen und lokalen Beratungsstellen und kann die Nachhaltigkeit der Botschaften der Kampagne fördern.

Allerdings sind wir der Meinung, dass der Name des Teilprojekts falsch gewählt ist, da er mehr verspricht, als tatsächlich getan wird. Zudem kann er zu negativen Rückschlüssen auf das Partnerschaftsverständnis des Programms führen.

Umgekehrt könnte man sagen, dass unter dem Stichwort Partneraktivitäten wäre weit mehr möglich gewesen als nur die Verteilung von Werbematerial. Zweifellos ergibt sich diese Konzeption aus der zentralen Anlage des Programms und dem Ansatz top-down.

Aber dennoch und gerade weil der Namen des TP so gewählt wurde, sind wir der Meinung, dass hier eine Chance vergeben wurde, insbesondere im Hinblick auf Schaffung von Nachhaltigkeit.

*Empfehlung: Die zusätzliche Nutzung der entwickelten Materialien ist beizubehalten und nach Möglichkeit zu verstärken.*

*Es ist für die Fortsetzung des Programms zu prüfen, ob nicht der Name der Aktivitäten zu ändern ist oder ob nicht mehr Partnerschaftliches unter diesem Etikett möglich ist.*

#### **4.2.2 Teilprojekt Ärzte**

Das Konzept des Teilprojekts Ärzte beinhaltet folgende Eckpunkte:

- Zielgruppe sind die medizinischen GrundversorgerInnen, d.h. AllgemeinpraktikerInnen und InternistenInnen.

- Diese betreiben mittels der Technik der Kurzintervention Alkoholprävention, insbesondere bei episodischen Risikokonsumierenden.
- Die Technik der Kurzintervention wird in Fortbildungsveranstaltungen vermittelt.
- Die Fortbildung wird durchgeführt von Personen, die sich selber dazu haben ausbilden lassen (teach on teaching).

Die Evaluation zeigt, dass das Teilprojekt ein Thema oder einen Interventionsbereich aufgegriffen hat, der in Fachkreisen bereits seit längerem diskutiert und bearbeitet wurde.<sup>101</sup>

Auch die Wahl der Zielgruppe ist richtig, denn die GrundversorgerInnen fühlen sich für Alkoholprävention verantwortlich. Im Oktober 1999 versandte das Alkoholprogramm an 5800 GrundversorgerInnen in der Schweiz Unterlagen zur Alkoholprävention (vgl. 1.4.2). In der Evaluation dieses Versandes im Frühjahr 2000 zeigten sich 81% der befragten ÄrztInnen "klar" der Meinung, dass es ihre Aufgabe ist, bei Verdacht auf risikoreichen Alkoholkonsum Früherkennung und Kurzintervention zu betreiben. Weitere 17% waren "eher" dieser Meinung.<sup>102</sup>

Die Methode der Kurzintervention hat sich empirisch in verschiedenen Studien als sinnvoll und wirksam erwiesen.<sup>103</sup>

Die Idee, die Methode der Kurzintervention im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen zu vermitteln, stützt sich auf frühere Erfahrungen und Pilotprojekte ab.<sup>104</sup>

Die Globalziel des TP besteht in der Erhöhung der Sensibilität der Ärzteschaft bezüglich risikoreichem Trinken bei PatientInnen und der Erhöhung der Zahl der Kurzinterventionen sowie der Etablierung einer Weiterbildung im Bereich Alkohol/Drogen.

Die Jahresziele enthalten neben qualitativen Zielen im Sinne des Globalziels quantitative Ziele bezüglich der Anzahl durchgeführter Fortbildungskurse und durchgeführter Kurzinterventionen.

---

<sup>101</sup> z.B. die Arbeiten der Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie (UMA) Lausanne und des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Genf. Die Medizinische Poliklinik der Universität Lausanne realisierte dann im Rahmen eines weiteren Mandates des BAG ein Pilotprojekt dazu. Bestandteil des Moduls ist eine Selbstevaluation der eigenen Tätigkeit im Vorfeld oder im Nachgang zum Seminar.

<sup>102</sup> Datenquelle XIII (vgl. Darstellung 7)

<sup>103</sup> Bien et al. (1988), Wilk (1997), Stoll et al. (1999)

<sup>104</sup> vgl. das Pilotprojekt der Medizinischen Poliklinik der Universität Lausanne im Rahmen eines Mandates des BAG.

Im Rahmen der Befragung von Ärzten, die zu Kursen eingeladen wurden bzw. daran teilgenommen haben, wurden auch Fragen zum **Konzept** des TP gestellt. Die Ergebnisse zeigen klar, dass das TP auch aus der Sicht der Zielgruppe als relevant beurteilt wird:<sup>105</sup>

- Fast alle befragten Nichtteilnehmenden (91%) sind der Ansicht, dass es einen **Bedarf für Prävention** gibt bei Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum. Die teilnehmenden Ärzte hätten kaum an einer solchen Veranstaltung teilgenommen, wenn sie den Bedarf nicht anerkennen würden.
- Die Teilnehmer an einer Fortbildung finden die **Unterscheidung** zwischen Alkoholabhängigkeit und Risikotrinken meist sinnvoll (98%).
- Die meisten Befragten beurteilen es als richtig, dass sich der Bund des Problems des Risikotrinkens annimmt (96% der Nichtteilnehmenden, 94% der Teilnehmenden).
- Vier Fünftel der befragten Nichtteilnehmenden (81%) finden es richtig dass der Bund sich mit einem **Fortbildungsangebot** an die Ärzteschaft richtet. Signifikant häufiger sind die jüngeren Ärzte (bis 50 Jahre) dieser Ansicht (93%), während nur 73% der älteren dieser Meinung sind.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Das Teilprojekt Ärzte genügt aus den erwähnten Gründen den Kriterien der **Relevanz**, der **theoretischen Begründung** der **Zweckmässigkeit** und der **Kohärenz**. Die **Zielqualität** kann als gut bezeichnet werden.

Das Potenzial für **Nachhaltigkeit** ist als beträchtlich zu vermuten. Wenn die Kurzintervention von der Fortbildung auch in die Praxis umgesetzt wird und den GrundversorgerInnen den aus der Literatur zu erwartenden Erfolg bringt, bestehen gute Chancen, dass sie in ihr Verhaltensrepertoire eingehen und langfristig Nutzen bringen.

Dass für diese Fortbildungen zudem die Anerkennung der FMH oder der Fachgesellschaften zu erlangen versucht wird, damit die Ärzte durch ihren Besuch die notwendigen "Credits" erhalten, erachten wir als sinnvoll.

---

<sup>105</sup> Datenquelle XIII (vgl. Darstellung 7)

Das Modell der Verbreitung durch "teach on teaching" erachten wir grundsätzlich als zweckmässig.

*Empfehlungen: Zum Konzept des Teilprojekts ergeben sich keine Empfehlungen.*

### 4.2.3 Teilprojekt Internet

Bei der Konzeption des TP Internet sind zwei Phasen zu unterscheiden: Die Schaffung des Teilprojekts mit der Aufschaltung der Website "alles-im-griff.ch" im Frühjahr 1999 und die Neuausrichtung im Jahre 2001.<sup>106</sup>

Die Idee zur Einrichtung einer Website entstand im Rahmen der Programmleitung, wurde allgemein gut aufgenommen und rasch umgesetzt. Mit Datum vom 10.03.1999 wurde der Auftrag an die Firma intervention GmbH erteilt, bis zum 15.04.1999 die Homepage "Alles im Griff?" zu erstellen.

Dieser Entscheid ist allerdings eher als zufällig und wenig konzeptgestützt zu erachten. Er beruhte nicht auf einem klaren Marketing- oder Kommunikationskonzept, sondern wurde durch die damalige Aufbruchstimmung in Sachen Internetauftritte geprägt. Internetauftritte, auch für die Verwaltung, kamen damals in Mode. Man kam zum Schluss, dass eine Website auch für "Alles im Griff?" nötig und nützlich sei.

Dies hatte zur Folge, dass:

- die formulierten Ziele nicht aus einem übergeordneten Ziel abgeleitet und zu wenig reflektiert wurden,
- die Ziele sehr breit angelegt waren, was zu hohen Erwartungen an den Internetauftritt führte,
- die Ziele teilweise zu wenig in zeitlicher Hinsicht festgelegt und aufeinander abgestimmt wurden,
- man sich zu wenig klar war, was das Betreiben einer Website an Betreuungs- und Folgeaufwand bedeutet,
- die zugewiesenen finanziellen Mittel zu knapp dotiert waren und in keinem Verhältnis zu den Anforderungen standen.

Die zeitlichen Bedingungen bei der Konzeption des TP Internet erinnern an den zeitlichen Druck bei der Umsetzung des Gesamtprogramms.

---

<sup>106</sup> Datenquelle 3 (vgl. Darstellung 6)

Die Diskussionen um das TP Internet in der Programmleitung drehten sich drehten sich zum einen um technische Probleme und Fragen des technischen Probleme Supports und zum andern vor allem um die inhaltliche Gestaltung der Website und damit um ihre Zielsetzung. Bei der Gestaltung ging es vor allem um die Frage der Gewichtung interaktiver und spielerischer Komponenten("fun"). Argumentiert wurde in dieser Sache stark mit der teilweise als ungenügend beurteilten Nutzung der Website.

Auf Grund dieser zielbezogenen Diskussionen wurde im Frühjahr 2001 entschieden, das Mandat zur Gestaltung des Internet-Auftritts neu auszuschreiben. Im Juni 2001 wurde im Ausschuss über die Vorbereitung der Ausschreibung diskutiert. Ende Juli erfolgte die Ausschreibung, an den bisherigen Mandatsinhaber, an die Werbeagentur sowie an 2 weitere Firmen. Im Oktober wurde nach einer 2. Runde (mit Mandatsinhaber und Agentur) der Entscheid zugunsten der Agentur gefällt. Mitte November erhielt die Agentur den Auftrag, anfangs Februar die neue Website aufzuschalten, was aber erst einen Monat später geschah.

Das Briefing zur Ausschreibung (vom 24.07.2001) nannte die folgenden **Ziele** der Website 2002:

- Ausrichtung auf die Zielgruppe der 20-30jährigen InternetbenutzerInnen (mehr Gewicht auf spielerischen Zugang)
- Erreichen von Traffic auf der Website in deutsch, französisch, italienisch und englisch
- Interaktive Möglichkeiten
- Transparente Programmdokumentation für alle Interessierte (Medienschaffende, Fachleute etc.)
- Sicherstellen der online-Bestellmöglichkeit für die Produkte
- Betreiben eines gemeinsamen internen Gefässes für alle Programm-Mitarbeitenden

Die Zielveränderung des TP Internet ist auch in den Jahreszielen 2002 sichtbar: Umbau der Homepage mit Fokus auf den Fun-Bereich und Erhöhung Traffic durch Ausbau des Fun-Bereichs.

Der Zielwechsel kommt im neuen Vertrag (vom 15.11.2001) für die Zeit vom 01.12.2001 bis 28.02.2003 ebenfalls deutlich zum Ausdruck:

- Ausrichtung auf Zielgruppe 20-30jährige Internetbesucher
- Portalfunktion für die Alkoholprävention
- internes Gefäss für die Programm-Mitarbeitenden
- Erhöhung der Anzahl der BesucherInnen, die Präventionsbotschaften und Informationen des Alkoholprogramms lesen
- Die neu gewonnen Besucher besuchen die Internetseite weiter. Pro Besucher durchschnittlich 2 Visits.

Als Wirkungsindikatoren sind 3-monatliche Messungen verlangt, die "die Erhöhung der Anzahl Besucher" und "die Zielvorgabe 2 Visits pro Besucher" bestätigen.

In der Analyse ergibt sich, dass zwei **Faktoren** die Zielveränderung besonders gefördert haben, die im folgenden ausgeführt werden:

- zum einen die Ergebnisse einer Befragung zur Internetnutzung und
- zum andern die Vorstellungen des TP Kampagne.

Im Rahmen der **Anschlussbefragung**<sup>107</sup> im Dezember 2000 wurden zwei Fragen zur Internetnutzung gestellt:

- Sind Sie Internet-Nutzerin?
- Falls ja: Nutzen Sie das Internet für ...<sup>108</sup>

Die Ergebnisse zeigen, dass die knapp die Hälfte (47%) der Befragten das Internet nutzt, unter 25jährige deutlich häufiger (67%). Personen in der motivationalen Phase sowie episodische Risikokonsumierende und Risikokumulierende in überdurchschnittlichem Masse: 65% sowie 55% und 57%.

Es erstaunt nicht, dass die Mehrheit der Nutzerinnen das Netz unspezifisch braucht, nämlich "um nach Informationen ganz allgemein zu schauen" (79%). An zweiter Stelle steht die Nutzung

---

<sup>107</sup> Datenquelle X (vgl. Darstellung 7)

<sup>108</sup> Es wurden die folgenden Möglichkeiten vorgelesen (Mehrfachnennungen waren möglich): für Rat und Hilfe bei Gesundheitsproblemen / für Rat und Hilfe bei andern Lebensproblemen / um nach Informationen ganz allgemein zu suchen / zur Unterhaltung und zum Spielen / für Diskussionen oder um Kontakte zu knüpfen / zum Einkaufen / für etwas anderes, nämlich: .....

"zur Unterhaltung oder zum Spielen" mit 24%. Bei 15-24jährigen liegt dieser Anteil bei 46%.

Als Folgerung aus diesen Ergebnissen wurde die Notwendigkeit einer stärkeren Betonung der spielerischen Seite der Website abgeleitet.

Vom **TP Kampagne** wurde in eigener Regie die Erarbeitung eines Internetspiels in Auftrag gegeben. Als das Spiel vorlag, wollte man von Seiten des TP Kampagne nicht, dass es in die alte Website eingebaut werde, da diese zu wenig auf die Zielgruppe Junge ausgerichtet sei. Zudem wollte die Agentur nicht für die bestehende Website Werbung machen, da sie zu langweilig sei.

Der Einfluss des TP Kampagne auf das TP Internet zeigt sich auch darin, dass der neue Vertrag bei der Sektion Kampagnen und Marketing angesiedelt ist, die auch das TP Kampagne leitet, und nicht wie die früheren bei der Sektion Alkohol und Tabak, die für das Alkoholprogramm zuständig ist.

**Zusammenfassung:** Die Befunde zur Konzeptevaluation der 1.° Phase lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

- Das Programm wollte mit dem TP im Vergleich zu den verfügbaren Mitteln zu viele verschiedene Ziel erreichen.
- Die Konzeptualisierung erfolgte eher spontan und wenig reflektiert und unter Zeitdruck.
- Die Folgen der Zielvielfalt und die zum Erfolg nötigen Investitionen wurden nicht realistisch gesehen.

Als Fazit der Evaluation der 2. Phase kann festgehalten werden:

- Fehler, wie sie in der 1. Phase vorkamen, wurden bei der Neuausrichtung der Website vermieden. Die Ziele wurden stärker fokussiert, die Vorbereitungszeit war länger und das Budget wurde erhöht.
- Die Verantwortlichkeiten für das Informationsmanagement sind klar geregelt.
- Die Neuausrichtung des Internetauftritts bedeutet weitgehend ein Verzicht auf die interne Nutzung der Website. Es wurden keine Versuche unternommen, die interne Nutzung der Website bzw. die Drehscheibenfunktion des TP für die

ändern TP zu verstärken, nun da diese mehr Informationen liefern könnten. Die Schaffung von mehr "Traffic" stand im Vordergrund.<sup>109</sup>

- Das TP Internet hat faktisch seine Eigenständigkeit verloren und ist Teil des TP Kampagne geworden.

Für die 1. Phase des Teilprojekts wurden nur qualitative Ziele formuliert, für die 2. Phase hingegen auch quantitative Ziele der Nutzung.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Aus der Sicht der **Globalevaluation** des gesamten Programms rufen das TP Internet in seiner ursprünglichen Zielsetzung und in der dargestellten Neuausrichtung folgenden Fragen:

- Ist die Begründung für die einseitige Ausrichtung des Internetauftritts auf Junge stichhaltig und ausreichend?
- Sind die zugrundeliegenden Hypothesen dieser Neuorientierung genügend begründet?
- Was bedeutet eine höhere Besucherzahl für die Ziele des Programms?
- Ist die weitere Stärkung des eh schon dominanten TP Kampagne im Sinne des Programms?

Die **Hypothesen**, die der Neuausrichtung der Website implizit zu Grunde liegen, ergeben sich aus unserer Analyse wie folgt:

- Durch das Internet kann die Zielgruppe der Jungen optimal angesprochen werden. Oder anders formuliert: Die Jungen stellen die ideale Zielgruppe für den Internetauftritt des Programms dar.
- Eine spielerischere Gestaltung der Website erhöht die Nutzung, insbesondere durch die Zielgruppe der Jungen.
- Wer zur Unterhaltung die Website besucht, liest auch die "Präventionsbotschaften und Informationen des Alkoholprogramms"<sup>110</sup>
- Die Erhöhung der Besucherzahlen führt zu grösserer Wirkung im Sinne der Sensibilisierung.

---

<sup>109</sup> Die jetzige Gestalt der Website entspricht aber offenbar noch nicht den Vorstellungen aller Mitglieder des Ausschuss. Die Idee des Stammtisch, und damit eines Elements des Austausches ausserhalb des "Fun"-Bereichs, soll wiederbelebt werden (Datenquelle 2, vgl. Darstellung 5)

<sup>110</sup> vgl. Vertrag vom 15.11.2001, S. 2

Zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragen verweisen wir auf 6.2.2.3.5, da dies auf Grund empirischer Grundlagen geschehen muss. Vorerst kann nur eine Frage beantwortet werden: Die Eingliederung des TP Internet in das TP Kampagne ist bedeutungslos, wenn damit nicht eine Budgeterhöhung verbunden ist.

Zusammenfassend kommen wir zum Schluss, dass die Relevanz und Kohärenz sowie die theoretische Begründung des TP fraglich sind. Die Zielqualität ist gut.<sup>111</sup>

*Empfehlung: Die Positionierung des Teilprojekts im Rahmen des Programms ist im Hinblick auf seine Möglichkeiten und Grenzen zu klären. Zentral ist dabei zu klären, welche Ziele, abgeleitet aus den Zielen des Programms, für welche Zielgruppen formuliert werden können, und ob sich diese Ziele gleichzeitig verfolgen lassen oder sich allenfalls ausschliessen.*

#### **4.2.4 Teilprojekt Gemeinden**

Das Teilprojekt Gemeinden beruht auf dem in der Literatur gut dokumentierten Konzept der setting-orientierten Gesundheitsförderung. Dieses geht davon aus, dass Alkoholprobleme letztlich Resultat komplexer Interaktionen zwischen verschiedenen Subsystemen sind, in welchen Menschen eingebettet sind.<sup>112</sup> Das TP Gemeinden geht nun von der Gemeinde als Setting aus.

Die Strategie besteht deshalb nicht darin, Massnahmen in den verschiedenen Sektoren einer Gemeinde einzuführen, sondern einen Politik- und Strategiewechsel der Gemeinde als "sozialer Organisation" auszulösen.<sup>113</sup> Ziel ist somit nicht, Gesundheitsförderung in der Gemeinde, sondern Ziel ist eine gesundheitsfördernde Gemeinde (in bezug auf Alkohol). Daraus ergibt sich das vorrangige Ziel einer kommunalen Alkoholpolitik.

Das Globalziel des Teilprojekts, das als Pilotprojekt bezeichnet wird, liegt in der Erarbeitung modellhafter lokaler Alkoholpolitiken. Die Jahresziele sind sowohl qualitativ als auch quantitativ formuliert.

---

<sup>111</sup> Ein Vorbehalt ergibt sich daraus, dass sich die Zielwerte der Nutzung auf Website-generierte Zahlen beziehen und nicht auf nutzerseitig gemessene Zahlen (vgl. 6.2.2.3.1 ).

<sup>112</sup> z.B. Holder (1998), Ritson (1995), Holder & Reynolds (1995), Raphael et al. (1999), Johannessen et al. (1999).

<sup>113</sup> Radix (2000)

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die **Relevanz** des Teilprojekts ist aus unserer Sicht gegeben. Ein Beitrag an das Globalziel des Programms, die Reduktion risikoreicher Trinkmuster ist zwar plausibel, aber konzeptuell und empirisch noch ungenügend begründet.

Das TP ist ausreichend **theoretisch begründet** und empirisch untermauert. Zudem lehnt sich das Konzept der Umsetzung an das Transtheoretische Modell an. Das TP ist **kohärent**.

Die **Zielqualität** ist gut. Es scheint, dass dieses Teilprojekt von der langen und gründlichen Vorbereitungszeit und der intensiven Diskussion zwischen der Programmleitung und der durchführenden Trägerschaft des TP profitieren konnte.

Die vorgesehene Teilung in ein Pilotprojekt bis Ende 2002 und eine Implementierungsphase ab 2003 ist angesichts der für die Schweiz neuen Idee, lokale Alkoholpolitiken anzuregen, ebenfalls als sinnvoll zu betrachten.

Anders als das Programm AiG? selbst wählte das TP einen **dezentralen** Ansatz, in dem es nicht selber an Gemeinden gelangte, sondern regionalen und lokalen Fachstellen das Projekt unterbreitete und sie dazu aufforderte, in Frage kommende Gemeinden zu melden. Diese wurden dann nach dem erstellten Kriterienraster auf ihre Eignung hin überprüft. Dieser dezentrale Ansatz für gemeindenaher Prävention macht unseres Erachtens Sinn, auch wenn grundsätzlich eine direkte Ansprache der Gemeinden möglich gewesen wäre. Er schuf eine Übereinstimmung zwischen der Vorgehensweise und dem erstrebten Ziel einer lokal getragenen und verankerten Präventionsarbeit. Das grosse Interesse der Fachstellen an der Ausschreibung bestätigte den gewählten Ansatz.

Das Potenzial für **Nachhaltigkeit** wird als hoch beurteilt, wenn griffige Alkoholpolitiken entwickelt und institutionell verankert werden.

Insgesamt beurteilen wir das Teilprojekt als **zweckmässig**.

*Empfehlung: Der Beitrag an das Globalziel ist schlüssig nachzuweisen.*

#### 4.2.5 Teilprojekt Helpline

Das **Ziel** des Nationalen Beratungstelefon ist es, eine niederschwellige Anlaufstelle für die Bevölkerung bei Fragen und Problemen rund um das Thema Alkohol zu fördern.<sup>114</sup> Wie in Interviews mit Programmverantwortlichen<sup>115</sup> präzisiert wurde, geht es insbesondere darum, Risikokonsumierende in der motivationalen Phase "abzuholen" und durch angepasste Unterstützung zum Handeln zu führen. Nebst dieser allgemeinen Zielsetzung wurden zudem für das Jahr 2000 qualitative und quantitative Ziele festgelegt.

Das Programm verfügte nicht über die finanziellen Mittel, einen Telefonservice für Alkoholbelange aufzubauen, zu etablieren und zu unterhalten. Die Strategie ging von Beginn weg dahin, mit einer bestehenden Organisation eine Partnerschaft einzugehen und zu fördern, um die Ziele des Teilprojekts zu erreichen.

Für das Jahr 2000 waren für die Deutschschweiz folgende **Massnahmen** vorgesehen: Die Schulung der AnrufbeantworterInnen des Helpline Telefons 143 für die Triage bei Alkoholfragen sowie das Bewerben dieser Helpline mit Plakaten. In der Westschweiz sollte die Helpline Alco-line und im Tessin die Helpline Ingrado mit Plakaten beworben werden.

#### Beurteilung und Empfehlungen

Der Vorteil einer Helpline für Alkoholbelange ist die niederschwellige, individuelle Beratung. Personen mit Alkoholproblem – oder mit Alkoholproblemen in ihrem Umfeld – können "abgeholt" und durch angepasste Unterstützung zum Handeln geführt werden. Die Helpline gewährleistet eine grosse Intensität des Kontakts. Die gefragte Information aber auch die Botschaft des Programms kann angepasst vermittelt werden.

Allerdings beruht eine telefonische Anlaufstelle auf dem Prinzip der Holschuld. Interessierte müssen die Nummer kennen und sich aktiv um Information bemühen. Damit ein Anruf getätigt wird, muss ein beachtliches Problembewusstsein, wenn nicht sogar ein Leidensdruck, vorhanden sein. Bei Personen in der

<sup>114</sup> Alles im Griff? (2001)

<sup>115</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

vormotivationalen Phase ist diese Bedingung sicher nicht erfüllt. Ob sie bei der Zielgruppe dieses Teilprojekts, den Risikokonsumierenden in der motivationalen Phase, erfüllt ist, muss in Frage gestellt werden, da bei ihnen kaum von einem Leidensdruck ausgegangen werden kann. Auch Risikokonsumierende in der motivationalen Phase haben zwar aus der Sicht des Programms einen problematischen Konsum, jedoch meist subjektiv kein Alkoholproblem.<sup>116</sup>

Eher dürften sich Personen mit realen Alkoholproblemen an ein Beratungstelefon wenden. Dies macht auch Sinn, entspricht aber weniger der Zielsetzung von AiG?, welches vorrangig episodische Risikokonsumierende ansprechen will. In bezug auf diesen Aspekt kommt die Evaluation zum Schluss, dass das **Konzept** des Nationalen Beratungstelefon nur bedingt für das Alkoholprogramm relevant ist.

*Da das Teilprojekt eingestellt ist, werden keine Empfehlungen formuliert.*

Die **Strategie**, im Rahmen des Programms Helpline keine eigene Organisation aufzubauen, sondern sich bei einer bestehenden zu engagieren, ist aus unserer Sicht sinnvoll. So können Synergien genutzt werden, und die Aufbauarbeit beschränkt sich auf spezifische Aspekte, was eine effiziente Umsetzung begünstigt. Ein weiterer Vorteil ist, dass das durch das Programm geförderte Know-how nach Abschluss des Programms der Organisation erhalten bleibt, was eine nachhaltige Wirkung erhoffen lässt. Die Schwierigkeit besteht jedoch wohl darin, eine auch für die Zielgruppe passende Organisation zu finden.

#### **4.2.6 Die Konzepte der Teilprojekte aus der Sicht der Präventions- und Suchtfachleute**

Da die Präventions- und Suchtfachleute für das Alkoholprogramm eine wichtige Interessengruppe sind, wurden sie auch zu ihrer Meinung zu den Teilprojekten befragt.<sup>117</sup>

---

<sup>116</sup> Episodische Risikokonsumierende sehen ihren Konsum meist nicht als problematisch oder riskant, auch wenn sie ihren Konsum kritisch betrachten. Ein Handlungsanstoß, bspw. für einen Anruf an eine Helpline ergibt sich daraus nicht (Datenquelle 9 und 10, vgl. Darstellung 6).

<sup>117</sup> Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 6), insgesamt 81 Befragte

Auffallend ist vorerst, dass nur 2 Teilprojekte von mehr als der Hälfte der insgesamt 81 Befragten beurteilt werden können: nämlich das TP Kampagne/Partneraktivitäten. Sie prägen somit das Bild des Alkoholprogramms bei den Fachleuten. Zweitens fällt auf, dass die Teilprojekte von den Fachleuten insgesamt gesehen gut beurteilt wurden (Mittelwert über alle TP: 5.0) <sup>118</sup> Drittens ist die sehr gute Beurteilung des Ärzteprojektes zu erwähnen, wenn es auch nur von wenigen beurteilt wird.

Bemerkenswert ist, dass die Partneraktivitäten, die sich ja gerade an die befragten Fachleute richten, rund 20% nicht bekannt sind und auch unterdurchschnittlich beurteilt werden.

Darstellung 17: Beurteilung der "Idee" der Teilprojekte

Teilprojekt	beurteilt durch % (Basis: 81 Befragte)	Beurteilung (Mittelwert)
Kampagne, n = 74	91	5,0
Partneraktivitäten, n = 64	79	4,7
Internet, n = 38	47	4,9
Gemeinden, n = 37	46	5,1
Ärzte, n = 20	25	5,6
Helpline, n = 19	23	4,6

**Beurteilung und Empfehlungen:**

Die positive Beurteilung der Teilprojekten auf der Konzeptebene durch die Präventions- und Suchtfachleute zeigt, dass das Programm als Idee breit gestützt wird. Dass sich das Bild des Alkoholprogramms einseitig und unvollständig erweist, ist nachvollziehbar, da nur das TP Kampagne in der breiten Öffentlichkeit auftritt, und die Partneraktivitäten das Bild der Kampagne noch verstärken. Allerdings beurteilen wir das einseitige und unvollständige Bild des Programms als problematisch, da vermutlich gerade bei den Fachleuten in der Praxis am ehesten Zweifel auftauchen, ob mit einer Kampagne Verhaltensänderungen bewirkt werden können. Gerade die Teilprojekte mit gutem Potenzial zur Nachhaltigkeit sind vergleichsweise schlecht bekannt.

<sup>118</sup> 6-stufige Skala von 1 = "sehr schlecht" bis 6 = "sehr gut"

*Empfehlung: Es ist auf Konzeptebene zu prüfen, ob nicht in der 2. Phase des Programms die überdachende Kommunikation zu verstärken ist.*

### 4.3 Zusammenfassende Beurteilung

Der nicht angemessene Alkoholkonsum stellt in der Schweiz ein Gesundheitsproblem mit gesellschaftlich bedeutenden Auswirkungen dar. Vor diesem Hintergrund ist die **Programmidee**, auf Bundesebene mit einem eigenen Programm vermehrt aktiv zu werden, als relevant zu werten. Angesichts der vorherrschenden Einstellung zum Alkohol und den Konsumgewohnheiten ist es aus Sicht der Evaluation richtig, dass eine Reduktion risikoreicher Trinkmuster erreicht werden soll und keine Abstinenz.

Eine theoretische Begründung ist mit dem Transtheoretischen Modell vorhanden, allerdings ist es nicht konsequent in die Konzeption eingeflossen, was die Kohärenz des Konzepts beeinträchtigt hat.

Die gewählte Zielgruppe der episodischen Risikokonsumierenden kann ebenfalls als relevant bezeichnet werden, auch deshalb weil die Alkoholprävention diese Gruppe bisher noch nie angesprochen hat. Die weitergehende Differenzierung der Zielgruppe und die Festlegung der Ziele sind nur beschränkt kohärent. Die Zielqualität ist stark unterschiedlich.

Das Fehlen eines schriftlichen Programmkonzepts ist aus unserer Sicht teilweise mitverantwortlich für die fehlende Kohärenz des Programms.

Die **Strategie**, mittels verschiedenen Teilprojekten auf unterschiedlichen Wegen auf die Zielerreichung hinzuarbeiten, wird von der Evaluation positiv beurteilt. Die Abdeckung der Zielgruppe von AiG? durch die Teilprojekte ist befriedigend. Schwachpunkte bestehen aus unserer Sicht in der konzeptuellen Integration der Teilprojekte in das Programm, da nicht alle Teilprojekte ausreichend begründet sind. Die zentralen Teilprojekte sind jedoch relevant und erprobt und leisten voraussichtlich einen Beitrag an die Zielerreichung.

Der gewählte zentrale Ansatz war zwar rasch realisierbar, hat aber kantonale Aktivitäten unseres Erachtens zuwenig berücksichtigt. Hier hätten Anstrengungen zur Koordination bereits in der Konzeptualisierungsphase einsetzen müssen. Die teilweise

fehlende Sensibilität bedeutet ein Manko und könnte sich negativ auf die Nachhaltigkeit von AiG? auswirken.

Der Entscheid für das Teilprojekt Kampagne war aus unserer Sicht vor dem Hintergrund der gewählten Strategie des Programms richtig. Allerdings fragt sich, ob die damit verbundene starke Konzentration des Budgets auf das TP Kampagne in ihren Folgen genügend bedacht wurde. Das Konzept der Kampagne stimmt und wird von der Zielgruppe auch weitgehend als wichtig und gut beurteilt. Das Konzept der Partneraktivitäten macht Sinn.

Der Entscheid für das **Teilprojekt Ärzte** war aus Sicht der Evaluation richtig. Das Konzept des TP stimmt und wird von der Zielgruppe der GrundversorgerInnen als richtig und nötig beurteilt.

Der Entscheid für ein **Teilprojekt Internet** ist aus unserer Sicht nachvollziehbar. Das Konzept kann jedoch nicht als zwingend beurteilt werden, Potenziale und Grenzen wurden zu wenig ausgelotet. Dies mag ein wesentlicher Grund für die späteren Diskussionen um Ziele und Zielgruppen gewesen sein.

Der Entscheid für das **Teilprojekt Gemeinden** war aus Sicht der Evaluation richtig. Die theoretischen Grundlagen und die empirischen Erfahrungen rechtfertigen den Entscheid. Der Entscheid für ein Vorgehen in zwei Phasen (Pilotphase und Implementationsphase) war richtig.

Bemerkenswert ist aus konzeptueller Sicht, dass das TP Gemeinden im Gegensatz zum Programm einen dezentralen Ansatz bottom-up statt einen zentralen Ansatz top-down wählte. Diese Kombination ist aus unserer Sicht keine Inkonsequenz, sondern spricht für die sachorientierte und Erfahrungen suchende Haltung der Programmverantwortlichen. Durch die dadurch sich ergebenden Möglichkeiten einer Zusammenarbeit mit den Kantonen, die so nicht geplant war, können zudem dort vorhandene Bedenken wegen der Vorgehensweise des Programms nachträglich ausgeräumt werden.

Der Entscheid für das **Teilprojekt Helpline** macht aus unserer Sicht zwar Sinn, war aber nicht zwingend. Der Vorteil einer Helpline für Alkoholbelange ist die individuelle Beratung, in der auch die Botschaften des Programms vermittelt werden können. Ob der für einen Anruf an die Helpline nötige "Leidensdruck" bei den Zielgruppen des Programms erwartet werden kann, ist fraglich. Die Strategie, im Rahmen des Programms

keine Helpline aufzubauen, sondern sich bei einer bestehenden Organisation zu engagieren, ist aus unserer Sicht sinnvoll.

**Insgesamt kommen wir zum Schluss, dass die erste Evaluationsfrage positiv beantwortet werden kann: Die Konzeption des Programms ist relevant, auch wenn nicht alle Fragen geklärt sind.**

Trotz dieser grundsätzlich positiven Beurteilung des Konzepts sehen wir einige **offene Punkte und Fragen**, die auf unserer Erfahrung im Bereiche der Motivationspsychologie beruhen und durch Kommentare von Experten im Diskussionsforum der American Evaluation Society angeregt wurden:

- Ist episodisches Rauschtrinken eine Vorstufe zu chronischem Konsum oder könnte es nicht auch ein alterstypisches Phänomen sein, das sich wie andere Jugendphänomene gleichsam mit dem Altern der Kohorten auswächst und das zu "bekämpfen" gleichsam vergeblich ist, da es Jugendsubkultur mitkonstituieren hilft?

Die von der Programmleitung in Auftrag gegebene Literaturstudie zum episodischen Risikokonsum kann hier wohl Antworten liefern.

- Weshalb wurden die Personen in der vormotivationalen Phase als primäre Zielgruppe gewählt, obwohl sie motivationspsychologisch die schwierigste Zielgruppe darstellen? Weshalb wurde, nicht zuletzt im Hinblick auf eine rasche Wirksamkeit der Massnahmen, nicht zuerst die Gruppe der Personen in der motivationalen Phase angegangen?

Beinhaltet die Fokussierung des Programms auf die Kampagne und damit auf Sensibilisierung nicht die Gefahr, dass zwar Aufmerksamkeit geschaffen wird, diese aber nicht nachverfolgt wird? Oder mit andern Worten: Was nützt es, Problembewusstsein zu erreichen, wenn gleichzeitig kein entsprechendes Angebot zum Handeln vorliegt?

Die Situation erinnert in dieser Hinsicht an die Kampagne «Allez Hop!», wo mit einer massenmedialen Kampagne zu mehr Bewegung aufgefordert wurde, aber die vorhandenen Produkte («Allez Hop!»-Kurse mit besonders ausgebildeten Kursleitern und besonderen Programmen) für die Bevölkerung nur sehr beschränkt sichtbar waren. Es wurde eine

Nachfrage geschaffen, ohne dass das Angebot entsprechend promoviert wurde.

- Oder noch grundsätzlicher: Das Programm postuliert zwar, auf dem Transtheoretischen Modell zu beruhen und definiert die Zielgruppen auch entsprechend. Auf der andern Seite scheint aber ein auf dem Modell beruhender Aktionsplan zu fehlen, der die in Prochaskas Programmen zentrale Frage beantwortet: Welche Zielgruppe muss in welchem Zeitpunkt mit welcher Massnahme getroffen werden, damit eine Verhaltensänderung erreicht wird?
- Ebenso wird ein Social Marketing-Ansatz postuliert, aber kein entsprechendes Marketing-Konzept vorgelegt.

## **5 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 bezieht sich auf das Evaluationsmodul 2 (vgl. Darstellung 5), ist offen gehalten und bedingt nicht den Bezug vorgegebener Kriterien. Allerdings werden die Teilprojekte auch an Hand von Kriterien beurteilt.

### **5.1 Ebene Programm**

Die Umsetzung wird im folgenden anhand der Organisation, der sprachregionalen Adaptation, der Massnahmen und der Nachhaltigkeit untersucht.<sup>119</sup>

#### **5.1.1 Die Organisation**

Nachfolgend werden für jedes Gremium die in der Umsetzung des Programms wahrgenommenen Aufgaben, die Funktionsweise sowie die Zusammenarbeit mit den anderen Organen vorgestellt und analysiert.

Die Mitglieder der **Aufsicht** betrachten die strategischen Entscheide, inklusive Budgetfragen als die wichtigsten Aufgaben des Gremiums.<sup>120</sup> Die Aufsicht trifft sich durchschnittlich dreimal jährlich zu einer Sitzung. Dazwischen besteht auch ein regelmässiger Kontakt zu den Mitgliedern des Ausschusses und der Programmleitung. Wichtig ist der informelle Kontakt, der zwischen Aufsichts- und Ausschussmitgliedern innerhalb der einzelnen Trägerschaften besteht. So kann davon ausgegangen werden, dass die Aufsicht genügend informiert ist. In vielen Fragen ist das Gremium teilweise von den Informationen des Ausschusses abhängig. Die Aufsicht heisst die meisten Vorschläge des Ausschusses gut, da sie im allgemeinen nicht die Zeit hat, detailliertere Einsicht in den operationellen Gang der

---

<sup>119</sup> Datenquelle 1 und 2, bezüglich der Teilprojekte auch Datenquelle 3 (vgl. Darstellung 6)

<sup>120</sup> Datenquelle 1 und 2 (vgl. Darstellung 6)

Teilprojekte zu nehmen. Wie die Protokolle zeigen, kann sie sich bei politisch heikleren Fragen – insbesondere wenn es um Aspekte mit grosser Sichtbarkeit geht – auch um konkrete Aspekte der Umsetzung kümmern. Ein Beispiel ist die Intervention bei einzelnen Kampagnen-Slogans. Dies ist insofern verständlich, weil die Kampagne jenes Element des Programms ist, der am meisten in der Öffentlichkeit steht.

Die Aufsicht wird von den weiteren in die Umsetzung des Programms involvierten Personen allgemein als kompetent und kooperativ wahrgenommen. Gemäss den Interviewaussagen von Ausschussmitgliedern und der Programmleitung ist die Aufsicht einerseits ein Entscheidungsorgan und andererseits ein Troubleshooter. Sie konnte beispielsweise unterstützend eingreifen bei Kommunikationsproblemen in der Umsetzung oder wenn Übersetzungsdienste benötigt wurden. Für diese Gremien ist die Aufsicht ein wichtiger Rückhalt. Das Alkoholprogramm war zudem der Anlass, dass die beiden Bundesämter BAG und EAV erstmals departementübergreifend enger zusammenarbeiteten. Beide Seiten bezeichnen die gute Zusammenarbeit innerhalb von AiG<sup>121</sup> als zukunftsweisend. Das dadurch verbesserte Verständnis konnte bereits in anderen Fragen positiv genutzt werden.

Der **Ausschuss** ist in erster Linie verantwortlich für die Steuerung des Programms. Sitzungen finden ungefähr zweimonatlich statt. Wie bei der Aufsicht ist beim Ausschuss der informelle Kontakt innerhalb des Gremiums sowie zur Programmleitung sehr wichtig.

Neben dem Leiter des Programms innerhalb des BAG (Leiter Sektion Alkohol und Tabak), der den Ausschuss leitet, gehört der Leiter der Sektion Marketing und Kampagnen als zweiter Vertreter des BAG dem Ausschuss an. Er ist verantwortlich für die Durchführung des Teilprojekts Kampagne.<sup>121</sup> Die Programmleitung (vgl. unten) ist bei den Sitzungen für die Berichterstattung und Protokollführung sowie als Diskussionsteilnehmerin anwesend, gehört aber dem Ausschuss nicht an. Diese Konstellation bringt es mit sich, dass das TP Kampagne als einziges im Ausschuss direkt vertreten ist.

---

<sup>121</sup> Zudem ist er Linienvorgesetzter der Leiterin des TP Partneraktivitäten, das bei der Sektion Marketing und Kampagnen angesiedelt ist.

Die andern Teilprojekte hingegen sind nur indirekt über die Programmleitung vertreten.

Die Rollen der einzelnen Mitglieder im Gremium sind nach Anfangsschwierigkeiten geklärt, wenn auch nicht ganz ausbalanciert worden. Der Ausschuss kennt keine Aufgabenteilung.

Die befragten Mitglieder des Ausschusses loben einstimmig das offene Arbeitsklima und das gegenseitige Verständnis im Team. So könnten Entscheide im allgemeinen in der Diskussion gefällt werden und verlangten keinen Mehrheitsentscheid. Dies gilt auch für die Mittelverteilung auf die einzelnen Teilprojekte. Andererseits sei der Führungsanspruch des BAG als wichtigster Finanzquelle sowohl in der Aufsicht wie im Ausschuss unbestritten, auch, weil ihm diese Rolle von den anderen Trägern gegeben wird. Diese kommen sich in einzelnen Situationen eher als mitfinanzierende Berater denn als Mit-Entscheider vor.

Es kam in der Zwischenzeit zu Klärungen hinsichtlich der Rolle einzelner Mitglieder. Der Vertreter der SFA im Ausschuss ist nicht mehr gleichzeitig Repräsentant der Westschweiz, sondern wird in der Zwischenzeit primär als Präventionsexperte wahrgenommen. Anders sieht es der Vertreter der EAV als italienischsprachiges Mitglied. Er identifiziert genau die Vertretung der italienischen Sprache als eine seiner Aufgaben. Das TP Kampagne ist nach wie vor durch seine Leitung im Ausschuss vertreten. Gemäss den Interviewaussagen hat dies jedoch faktisch keine Auswirkung auf das Handeln des Ausschusses, da man sich im allgemeinen in der Diskussion einigen kann und keine Abstimmungen nötig sind.

Die **Programmleitung** arbeitet eng mit dem Ausschuss bzw. dessen BAG-Mitglied zusammen und setzt deren Entscheide um. Sie ist in der Deutschschweiz während der Laufzeit des Projekts eine wichtige Anlaufstelle für das Programm AiG? geworden. Eine regelmässige Berichterstattung gegenüber dem Ausschuss und der Begleitgruppe sichert die Transparenz der Arbeit. Eine Budgetkompetenz kann die Programmleitung nur beschränkt wahrnehmen, unter anderem wegen den komplizierten Anstellungsverhältnissen. Weiter wird ein Grossteil des Budgets für das Teilprojekt Kampagne verwendet und vom Dienst Kampagnen verwaltet. Dieser hat einen eigenen Sitz im Ausschuss. In der Folge hat die Programmleitung wenig Einfluss auf dieses Teilprojekt. Die Sektion Alkohol und Tabak des BAG muss zudem die anderen Teilprojekte mit weiteren Aktivi-

täten der Sektion finanziell abgleichen, wodurch die Kompetenz der Programmleitung weiter eingeschränkt wird.

Die Programmleitung schätzt die Arbeitssituation einer ausgelagerten Programmleitung, so zum Beispiel die dadurch gewonnene grössere Arbeitszeitflexibilität. Sie lobt die konkrete Zusammenarbeit mit den Programmverantwortlichen. Dank den modernen Kommunikationsmöglichkeiten sei eine örtliche Einheit nicht mehr notwendig für eine gute Qualität der Arbeit. Regelmässige Treffen würden genügen. Einzelne Mitglieder des Ausschusses und der Aufsicht haben jedoch Bedenken, dass durch die komplizierte Einbindung der Programmleitung in die Strukturen der Trägerschaft der Auftritt und die Autorität nach aussen geschwächt sein könnten, weil von aussen keine klare Identifikation von AiG? möglich sei.

Die Funktion der **Begleitgruppe** war seit ihrer Konstitution 1998 nie ganz klar. Zuerst war vorgesehen, dass sie zusammen mit dem Ausschuss bei der Steuerung des Programms mitwirken würde. Vorbild war das Kreativ-Team Drogen, aus dem die Begleitgruppe hervorgegangen war. Die fehlende Nähe zur operativen Ebene und die Grösse der Gruppe erlaubten aber nie eine effektive Steuerung des Programms. Dies wurde schon kurze Zeit nach dem Start erkannt und die Position der Begleitgruppe geändert. Diese Änderung wurde kommuniziert und protokollarisch festgehalten. Die vorrangige Funktion der Begleitgruppe, nämlich Beratung und Begleitung, blieb erhalten, wurde jedoch nach der Neuregelung nicht näher definiert. Die Zusammensetzung hat sich ebenfalls verändert, da je eine Vertretung des Blauen Kreuzes und der Westschweiz bisher nicht ersetzt wurde. Der Sitzungsrhythmus hat seit Programmbeginn laufend abgenommen, zur Zeit finden noch ungefähr drei Sitzungen jährlich statt.

Die Vorstellungen über die Funktion und Rolle der Begleitgruppe waren im Jahre 2000 bei den Mitgliedern der Begleitgruppe und den anderen Organen von AiG? sehr unterschiedlich, auch innerhalb der Gremien

Allgemein herrschte unter den Befragten Unsicherheit darüber, ob die Begleitgruppe das Programm oder nur das Teilprojekt Kampagne zu begleiten habe, da die Kampagne jeweils den grössten Teil der Zeit und Diskussion in Anspruch nimmt.

Diese im Zwischenbericht<sup>122</sup> angesprochene Problematik der Aufgabe und Rolle der Begleitgruppe wurde in einer Sitzung der Begleitgruppe angesprochen. Es zeigte sich, dass die *anwesenden* Mitglieder sich in der Rolle einer „kritischen Begleitung des Alkoholprogramms“ sehen. Weiter soll die Begleitgruppe eine informelle Vernetzung ermöglichen. Die Mitglieder haben aber kein offizielles Mandat ihrer Organisation und sehen sich dadurch auch nicht als deren Vertretung.<sup>123</sup> Einige Mitglieder des Ausschusses und der Programmleitung sehen die Begleitgruppe vor allem in einer politischen Funktion: Wichtige Organisationen können direkt informiert und so an AiG? angebunden werden. Das Vorhaben, mittels Aufstockung der Begleitgruppe die Westschweiz besser einzubinden, scheiterte. Die Teilnahme der Mitglieder aus der Romandie nahm im Gegenteil ab. Da bei Sitzungen der Begleitgruppe jeweils noch Gäste anwesend sind, wird je nach Besprechungspunkt auch die Gruppengrösse problematisch. Diese Faktoren schwächen den Stellenwert der Begleitgruppe.

Es wurde vereinzelt zum Ausdruck gebracht, dass die Mitglieder generell nicht mit Enthusiasmus dabei sind. Die Gründe dafür sind unklar, die nach wie vor schwache Integration der Begleitgruppe ins Programm dürfte jedoch mit ein Grund sein.

Zusammenfassend kann von Seiten der Evaluation festgehalten werden, dass sich bei der Umsetzung des Organigramms Veränderungen ergaben, welche sich folgendermassen darstellen lassen (vgl. Darstellung 18).

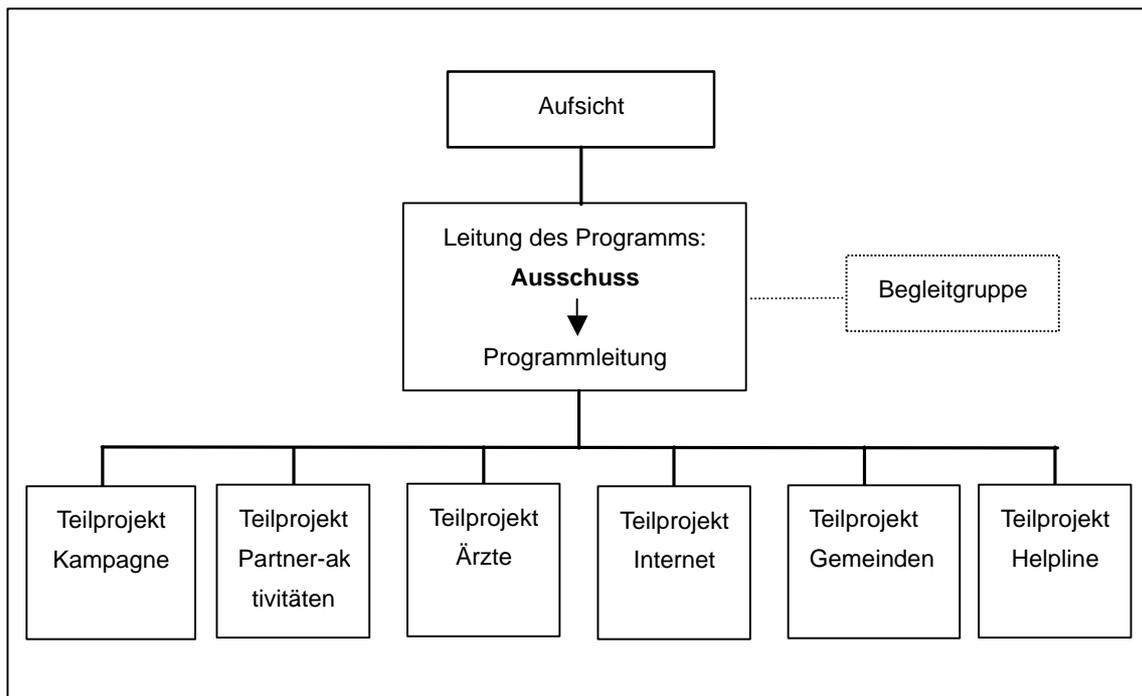
Die Darstellung verdeutlicht insbesondere die Rollen der Programmleitung und der Begleitgruppe. Die Programmleitung ist faktisch ein ausführendes Organ des Ausschusses. Dieser trifft unter Federführung des BAG viele Einzelentscheidungen und beschränkt sich nicht auf die Steuerung und das Festlegen von Zwischenschritten.

---

<sup>122</sup> Furrer (2001)

<sup>123</sup> Protokoll der 11. Sitzung der Begleitgruppe vom 11. September 2001.

Darstellung 18: Das Organigramm in der Umsetzung



### Beurteilung und Empfehlungen

Einer der Gründe für die konkrete organisatorische Ausgestaltung des Alkoholprogramms dürfte darin liegen, dass die Projektorganisation von AiG? innerhalb von Verwaltungsstrukturen umgesetzt werden musste. Die Arbeitsweisen dieser zwei Organisationsstrukturen sind aber häufig nicht vereinbar. Beispiele sind die Budgetprozesse und die längeren Entscheidungswege in der Bundesverwaltung.

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.<sup>124</sup>

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

<sup>124</sup> Die Teilprojektleitungen bemängeln denn auch teilweise eine Führung i. S. des Coaching und der Unterstützung (Datenquelle 3, vgl. Darstellung 6).

Konzeption als wenig durchdacht und nicht zweckmässig zu beurteilen.

Allgemein kann festgehalten werden, dass die Umsetzung eines Programms, wie es das Alkoholprogramm darstellt, nur bedingt mit der Funktionsweise einer Verwaltung vereinbar ist. Strukturen, Rollen und Aufgabenteilungen müssen reflektiert und geklärt werden.

*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.*

*Es ist zu prüfen, ob angesichts der neuen Stellung des Ausschusses nicht eine Aufgabenteilung sinnvoll ist.*

Die Vertretung des **Teilprojekts Kampagne** im Ausschuss kam aus rein pragmatischen Gründen in der Anfangsphase des Programms zustande.<sup>125</sup> 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. Trotz einer Klärung sind die Kriterien ihrer Zusammensetzung, ihre Aufgabe und Funktion nach wie vor zu wenig klar. 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.*

---

<sup>125</sup> Dieser interviewgestützten Interpretation wird von Seiten des Programms widersprochen. Der Leiter der Sektion Marketing und Kampagnen sei als BAG-Vertreter in den Ausschuss gekommen, die Leitung des TP sei nicht bei der Sektionsleitung angesiedelt und somit auch nicht im Ausschuss vertreten.

Eine eindeutige Stärke des Programms liegt im kooperativen und unkomplizierten Umgang zwischen den Gremien, der sich positiv auf die Effizienz und die Identifikation mit dem Programm auswirkt.

### 5.1.2 Ressourcen des Alkoholprogramms

Als erstes ist festzuhalten, dass es nicht möglich ist, die finanzielle Seite des Programms genau zu evaluieren:

- Es gibt zwar Ressourcenplan, der für die Jahre 1999 bis 2002 ein jährliches Budget von rund vier Millionen Franken vorsieht
- Es gibt jedoch keine verbindlich oder gültigen Jahresbudgets für das Programm. Es wurden zwar jeweils Budgets erstellt, die aber laufend angepasst wurden, je nach Entwicklung der Gegebenheiten. Diese sind teilweise durch die Budgetmechanismen der öffentlichen Verwaltung und der Politik bestimmt, die keine Rückstellungen zulassen und zum Ausschöpfen von Budgetpositionen "zwingen".
- Ebenfalls gibt es keine definitiven Jahresabrechnungen des Programms.

Als Erklärungen für diese Situation werden angeführt:<sup>126</sup>

- Die Budgets sind Sache einer Stelle im BAG, die aber auf die Informationen der Programmleitung, des Ausschusses und der Aufsicht angewiesen ist. Die gleiche Stelle hat auch als einzige die Übersicht über die definitiven Ausgaben.
- Die Mittel, aus denen das Programm gespeisen wird, kommen aus verschiedenen Quellen innerhalb des BAG, nämlich der Sektion Alkohol und Tabak, der Sektion Kampagnen und Marketing, sowie der Facheinheit Öffentliche Gesundheit, sowie von ausserhalb, nämlich der EAV und allfälligen Sponsoren.
- Die verschiedenen Einheiten des BAG schliessen selber ab gibt. Das TP Kampagne /Partneraktivitäten hat eine eigene Rechnung, ebenso die Evaluation und die SFA, die lediglich gegenüber der EAV abrechnet.

---

<sup>126</sup> Datenquelle 1 und 2 (vgl. Darstellung 6)

### Beurteilung und Empfehlungen

Wir nehmen zwar die besonderen Umstände und die komplexe Situation zur Kenntnis. Wir halten aber dennoch dafür, dass die finanzielle Seite des Programms den Anforderungen des Programmmanagements nicht genügt. Es fragt sich auch, ob die auf Grund dieser Sachlage von uns vermutete mangelnde Transparenz nicht auch die zielführende Steuerung des Programms gefährdet. Es ist im weiteren denkbar, dass die heutige Situation auch zu Legitimationsproblemen gegenüber der Politik führen könnte.

*Empfehlung: Für die Fortsetzung des Programms sind Budgetierung und Abrechnung transparenter zu dokumentieren.*

Die folgenden Zahlen, die auf verschiedenen Unterlagen beruhen, sind angesichts der mangelnden verfügbaren Unterlagen nur ungefähre Werte. Die Darstellung soll einzig die Mittelherkunft und die Mittelverteilung illustrieren.

Der Grossteil der Mittel von rund 4 Mio. Franken oder 94% stammt aus dem BAG. Die EAV steuert jährlich 230'000 Franken bei, d.h. rund 6%.

*Darstellung 19: Herkunft der Finanzmittel*

Herkunft	1999	2000	2001
Sektion Alkohol und Tabak	9%	14%	19%
Sektion Kampagnen und Marketing	80%	75%	69%
Facheinheit Öffentliche Gesundheit	5%	5%	7%
EAV	6%	6%	5%
Total	100%	100%	100%

Die Aufteilung des Gesamtbudgets auf die Teilprojekte stellt sich wie folgt dar:

Darstellung 20: Verteilung der Finanzmittel (Angaben in CHF 1'000)

Teilprojekt	1999		2000		2001		2002	
	CHF	%	CHF	%	CHF	%	CHF	%
Kampagne	2'700	70%	3'000	74%	3'300	77%	3'000	72%
Partneraktivitäten	240	6%	42	1%	35	<1%	400	10%
Ärzte	150	4%	300	8%	300	7%	200	5%
Gemeinden	40	1%	200	5%	550	13%	370	9%
Internet	55	1%	60	2%	100	2%	100	2%
Helpline	15	<1%	40	1%	27	<1%	0	0%
Restbudget <sup>127</sup>	673	17%	358	9%	0	0%	100	2%
<b>Budget total</b>	<b>3'873</b>	<b>100%</b>	<b>4'000</b>	<b>100%</b>	<b>4'312</b>	<b>100%</b>	<b>4'170</b>	<b>100%</b>
Entwicklung		100%		103%		111%		107%

Es fällt auf, dass jeweils über drei Viertel der finanziellen Ressourcen für die Kampagne verwendet werden.

Die **Mittelverteilung** liegt in der Kompetenz des Ausschusses, mit Vetorecht der Aufsicht, die Programmleitung hat Antragsrecht. Für das TP Kampagne ist die Ausgangslage hinsichtlich der Mittelverteilung besonders günstig, weil es als einziges TP im Ausschuss direkt vertreten ist, wenn auch ohne Stimmrecht, und weil die Sektion Kampagnen, die das TP Kampagne leitet, den Grossteil der Mittel beisteuert.

Die befragten Beteiligten und ExpertInnen der Sucht- und Präventionsszene<sup>128</sup> sind sich einig, dass es eine untere finanzielle Limite gibt für eine massenmediale **Kampagne**, welche bei mindestens 2.5 Millionen Franken liege. Soviel sei nötig, um über eine gewisse Zeit eine sichtbare Präsenz und einen Effekt bei der Zielgruppe erzielen zu können. Um ein neues Produkt zu lancieren, wie es das Alkoholprogramm darstellt, wären in einer Anfangsphase eher noch mehr Mittel nötig gewesen. Die

<sup>127</sup> u.a. übergreifende Kostendes Programms (z.B. Baseline-Studie usw.)

<sup>128</sup> Datenquelle 1 und 4 (vgl. Darstellung 6)

rund 3 Millionen Franken jährlich sind daher unbestritten. In der Folge bleibt für die übrigen Projekte noch insgesamt rund eine Million Franken jährlich.

In den Interviews wird von den für die Teilprojekte verantwortlichen Personen,<sup>129</sup> von den Ausschuss- und Aufsichtsmitgliedern, aber auch von den PräventionsexpertInnen zum Teil bemängelt, dass für die anderen Teilprojekte die finanziellen Mittel zu knapp seien. Auch für sie gelte eine untere Limite, um die Ziele zu erreichen. Verlangt wird nicht eine Umverteilung der Gelder, sondern viel mehr eine Aufstockung des Gesamtbudgets.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Über die Prozesse und die Überlegungen zur Prioritätensetzung bei der Mittelverteilung lassen sich kaum Aussagen machen, da diese – pointiert formuliert – gar nicht stattgefunden haben: Zum einen war es von Anfang an beschlossene Sache, eine Kampagne durchzuführen, und zum andern war es ebenfalls klar, dass dafür der Hauptteil der verfügbaren Mittel einzusetzen sei.

*Empfehlung: Grundsätzlich sind Festlegungen zu vermeiden, welche die Wahl strategischer Optionen und damit den Handlungsspielraum von Anfang derart stark einschränken.*

Auch wenn es im Falle des Alkoholprogramms – oder anderer Programme – gute Gründe gibt, eine massenmediale Kampagne zur Schaffung von Öffentlichkeit durchzuführen, soll kurz eine grundsätzliche Frage angeschnitten werden. Das BAG hat mit der Sektion Kampagnen und Marketing eine Organisationseinheit, die im Zuge der Kampagnentätigkeit des Amtes in den letzten Jahren aufgebaut wurde. Es könnte aus unserer Sicht deshalb das Risiko bestehen, dass bei der Planung von Programmen das in der Managementlehre gültige Primat der Strategie gegenüber der Struktur ("structure follows strategy" gefährdet wird.

*Empfehlung: Es ist bei der strategischen Planung von Programmen oder Massnahmenpaketen darauf zu achten, dass die strukturellen Gegebenheiten beim BAG keine strategischen*

---

<sup>129</sup> Datenquelle 3, 1 und 4 (vgl. Darstellung 6)

*Vorentscheide schaffen und die Erarbeitung von Handlungsoptionen nicht einengen.*

Bei der Umsetzung der Teilprojekte ist im weiteren der erwähnte Konzeptentscheid, dass Teilprojekte **Sponsoren** suchen können (vgl. 4.2) relevant. Bisher tritt lediglich ein Sponsor und zwar die Schweizerischen Milchproduzenten als Sponsor des Internetspiels auf.

Die Glaubwürdigkeit von Botschaften oder Aktivitäten hängt stark von ihrem Absender ab. Wie die Posttests der Kampagne zeigen, wird die Glaubwürdigkeit der Träger des Programms sehr hoch eingeschätzt (vgl. 6.1.2.1).

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Glaubwürdigkeit darf durch Sponsoring keinesfalls aufs Spiel gesetzt werden.

Weiter ist beim Einsatz von Sponsoren zu berücksichtigen, dass es Verwirrung stiften kann, wenn nebst der Trägerschaft "Alles im Griff?" verschiedene private Firmen für einzelne Programmteile zeichnen. Dies würde sich wiederum negativ auf die Glaubwürdigkeit des Gesamtprogramms auswirken.

*Empfehlung: Der Einbezug von Sponsoring ist unter Berücksichtigung zu der Folge- und Nebenwirkungen sorgfältig zu prüfen.*

Offen bleibt angesichts fehlender Studien, was die Verknüpfung offizieller oder "amtlicher" Auftritte mit dem Auftritt privater Unternehmen bedeutet, wie sie wahrgenommen werden und es nicht auch Gruppen gibt, die negativ reagieren. Konkret: Wie wird bspw. die Tatsache wahrgenommen und beurteilt, dass beim Internetspiel die Schweizerischen Milchproduzenten auftauchen – oder bereits auf der Homepage, wie beim einem Wettbewerb im Frühjahr 2002 – oder der Link zu Sunrise führt?

*Empfehlung: Es ist zu prüfen, ob das BAG der grundsätzlichen Frage der Verknüpfung von amtlichem und privatwirtschaftlichem Auftritt nicht empirisch nachgehen will.*

### 5.1.3 **Anpassung des Programms an die Sprachregionen**

Die Anpassung eines Programms kann von einer einfachen Übersetzung von Informationsmitteln und Slogans bis hin zu einer parallelen konzeptionellen Ausarbeitung gehen. Bei letzterem einigt man sich auf die Aussage, welche ein Projekt haben soll, die Ausarbeitung geschieht darauf auf sprachregionalem Niveau. Damit vergrössert sich entsprechend der zeitliche und finanzielle Aufwand. Im folgenden wird darauf eingegangen, inwiefern eine Anpassung des Programmnamens sowie der Teilprojekte an die Sprachregionen erfolgte.

Für die Anpassung des **Programmnamens** "Alles im Griff?" wurde der grösste Aufwand betrieben. Es fand jedoch keine parallele konzeptuelle Ausarbeitung statt, sondern es wurde von einer deutschen Fassung ausgegangen. Diese wurde in einem aufwendigen semiologischen Verfahren für die französische Schweiz adaptiert. Der französische Programmname "Ca débouche sur quoi?" wird denn auch von den Westschweizer GesprächspartnerInnen<sup>130</sup> breit akzeptiert und für gelungen befunden. Auch für die italienische Schweiz wurden Vorschläge ausgearbeitet und breit diskutiert. Die Adaptation in italienisch "Che ci cavi?" findet ebenfalls gute Akzeptanz.

Massenmediale Aktivitäten wie die Kampagne sind hinsichtlich einer Anpassung besonders sorgfältig anzugehen, weil kein persönlicher Kontakt mit den Zielgruppen hergestellt wird. Die **Slogans der Kampagne** werden teilweise auf französisch und italienisch übersetzt und angepasst, teilweise finden sich auch eigene Kreationen. Wie die Posttests<sup>131</sup> zeigen, sind bezüglich Akzeptanz und Verständnis der Botschaft keine sprachregionalen Unterschiede auszumachen. In den Interviews wird die Anpassung im Vergleich zu anderen Kampagnen mehrheitlich als eher überdurchschnittlich gelungen bezeichnet.

In den **anderen Teilprojekten** ist der Aufwand für die Anpassung unterschiedlich. Insbesondere Materialien, welche für eine breite Streuung vorgesehen sind, könnte gemäss einigen Programmbeteiligten für die anderen Sprachen besser aufgearbeitet werden. Dabei müsse auf die kulturellen Eigenheiten des

---

<sup>130</sup> Datenquelle 1 und 4 (vgl. Darstellung 6)

<sup>131</sup> Datenquelle VI, VII und VIII (vgl. Darstellung 7)

Sprachgebrauchs Rücksicht genommen werden. In dieser Hinsicht werden die Anpassungen nicht nur von den französisch- und italienischsprachigen InterviewpartnerInnen teilweise kritisiert. Mehrmals wurden auch die französische Übersetzung des Leitfadens (Ärzteprojekt) und die italienischsprachige Aufmachung des Internetauftritts kritisch erwähnt.

**Zusammenfassend** kann festgehalten werden, dass in den meisten Gesprächen, welche in der Westschweiz geführt wurden, der Aufwand für die Adaptation von AiG? als zu gering betrachtet wurde. Die Aussage wird nicht einzig auf die schriftlichen Unterlagen bezogen, sondern auch auf andere Elemente, welche eine mangelnde Sensibilität zeigten. So würden beispielsweise französische Vorschläge fallen gelassen, weil man sich keine deutsche Übersetzung vorstellen könne, was umgekehrt nie passiere. Eher werde eine unbefriedigende französische Anpassung eines deutschen Vorschlags akzeptiert. Gleichzeitig wird betont, dass die ungenügenden Anstrengungen nicht AiG?-spezifisch seien, sondern auch in anderen vergleichbaren Projekten vorkommen. Das Alkoholprogramm wird hinsichtlich seiner Adaptation sogar als eher überdurchschnittlich bewertet. Dies bestätigen auch die italienischsprachigen GesprächspartnerInnen. Sie scheinen jedoch hinsichtlich der Adaptation weniger sensibel zu sein.

Die **konzeptuelle Adaptation** des von DeutschschweizerInnen konzipierten Alkoholprogramms erweist sich im Vergleich zu anderen nationalen Projekten als überdurchschnittlich.<sup>132</sup> 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.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die **Adaptation** eines nationalen Programms an die drei sprachlichen und kulturellen Regionen der Schweiz ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Umsetzung. Aus Sicht der Evaluation

---

<sup>132</sup> Datenquelle 1 und 4 (vgl. Darstellung 6)

dürfte einer der Gründe für die Unzufriedenheit nebst den finanziell beschränkten Mitteln in den strukturellen Bedingungen liegen. Allgemein ist die Programmorganisation deutschsprachig dominiert. Die Anliegen der sprachlichen Minderheiten werden bei AiG? in erster Linie durch Personen wahrgenommen, welche nicht für diese Aufgabe in die Gremien gewählt wurden. Die italienische Sprachregion wird durch die Vertretung der EAV im Ausschuss und Mitglieder der Begleitgruppe vertreten.

*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.*

#### **5.1.4 Umsetzung der Massnahmen**

Bezüglich der Umsetzung der Massnahmen, sprich der Teilprojekte, kommt die Evaluation zu folgenden Ergebnissen:<sup>133</sup>

- 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 weniger präzise gesetzt. Die mangelnde Kohärenz mit den Zielen des Programms dürfte dafür mitverantwortlich sein.

---

<sup>133</sup> vgl. die detaillierten Ausführungen in 5.2

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Das Programm stand wohl unter **zeitlichem Druck**, der sich aus aktuellen Gegebenheiten und den hohen, selber gesetzten Zielen herleitete. 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.<sup>134</sup>*

Auf die Schwierigkeiten bei der **Zielformulierung** wurde bereits hingewiesen (vgl. S. 54).

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

Das Teilprojekt **Helpline** (Nationales Beratungstelefon) wurde nach einem Jahr eingestellt, das Projekt muss als bedeutungslos für die Zielerreichung betrachtet werden. Das Problem liegt aus Sicht der Evaluation darin, dass die konkreten Vorabklärungen mit möglichen Partnern konzeptuell zu wenig abgestützt waren, insbesondere was die Bedürfnisse und Rahmenbedingungen einer Helpline betrifft, und deshalb Schwachstellen zu wenig vorhergesehen wurden.

---

<sup>134</sup> 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.

### 5.1.5 Zur Nachhaltigkeit

Das Alkoholprogramm ist zeitlich befristet und baut keine eigenen, dauerhaften Strukturen auf. Es ist deshalb in sich selber nicht nachhaltig.<sup>135</sup>

Um die Nachhaltigkeit des Programms sicherzustellen, stehen aus der Sicht der Evaluation zwei Aspekte im Vordergrund: erstens die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen und zweitens die Verankerung in bereits bestehende Strukturen. Beide Male geht es darum, die Programmziele zu implementieren und Ressourcen bei anderen Institutionen zu generieren.<sup>136</sup> Dadurch wird das Programm nicht mehr einzig vom Bund getragen.

Die Evaluation zeigt, dass auf der Ebene des **Programms** die Zusammenarbeit mit Partnern durch die breite Trägerschaft, insbesondere dem Einbezug der SFA, erfüllt ist. Allerdings wurde aber auch ein mangelnder Einbezug der Romandie angesprochen.

Von der Idee der Umsetzung her steht die Zusammenarbeit mit Partnern im **TP Gemeinden** am stärksten im Zentrum. Partner sind sowohl regionale und lokale Präventions- und Suchtfachstellen sowie die Gemeinden selber. Die Zusammenarbeit mit den Gemeinden strebt an, das Alkoholprogramm dezentral zu verankern. Zudem nutzt das TP die sich bietenden Möglichkeiten zum Einbezug der Kantone. Die Erfahrungen der Pilotphase sind positiv (vgl. 5.2.4).

Das **TP Ärzte** ist mit der FMH eine Partnerschaft eingegangen. Die von der FMH übernommenen Administrations- und Koordinationsaufgaben werden vom Alkoholprogramm finanziell abgegolten. Für das Projekt ist es entscheidend, den Namen der FMH mitführen zu können, eine nachhaltige Partnerschaft ist aber bisher nicht auszumachen. Wie aus Gesprächen<sup>137</sup> hervorgeht, steht die Alkoholproblematik bei der FMH nicht im Vordergrund, da sie durch andere Fragen weitgehend absorbiert ist. Durch eine Aufnahme des Fortbildungsangebots in den

---

<sup>135</sup> Die Teilprojekte Kampagne und Internet müssen u. E. von ihrer Aufgabe keine nachhaltigen Strukturen schaffen, wohl aber nachhaltig wirken.

<sup>136</sup> Datenquelle 1 und 2 (vgl. Darstellung 6)

<sup>137</sup> Datenquellen 1, 2 und 3 (vgl. Darstellung 6)

Fortbildungskatalog der FMH könnte sich die Nachhaltigkeit verbessern.

Die Kooperation im **TP Helpline** ist momentan sistiert. Wie sich bereits während der Zusammenarbeit zeigte, unterstützt die Telefonnummer 143 implizit dennoch AiG?, da bei den Anliegen der beiden Projekte Schnittstellen vorhanden sind.

### **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.*

## **5.2 Ebene Teilprojekte**

### **5.2.1 Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten**

Die Schwerpunkte des Teilprojekts werden jährlich festgelegt. Die ersten Auftritte waren noch nicht an eine spezifische Bevölkerungsgruppe gerichtet, es wurde allgemein auf die Alkoholproblematik aufmerksam gemacht. Nach dem Vorliegen der Baseline-Befragung<sup>138</sup> hat sich die Kampagne ab dem Jahr 2000 auf die 20-30jährigen episodischen Risikokonsumierenden fokussiert. Plakate wurden gezielt an Aufenthaltsorten dieser Zielgruppe präsentiert und die Spots vor allem in den Kinos gezeigt. Weiter war geplant, an Veranstaltungen, wie beispielsweise Open-Air-Konzerte, mit einem Präventionsstand präsent zu sein, um die Kernzielgruppe noch besser zu erreichen. Ausser in Einzelfällen scheiterte das Vorhaben, da die Veranstaltungen von Alkoholproduzenten gesponsert waren.

Nach Ansicht der Mitglieder der Programmorgane<sup>139</sup> muss die Kampagne durch den grossen Anteil am Gesamtbudget auch eine gewisse "Repräsentativität" nach aussen aufweisen. Wenn rund drei Millionen Franken einzig für eine Zielgruppe aufge-

---

<sup>138</sup> Müller (1999)

<sup>139</sup> Datenquelle 1 (vgl. Darstellung 6)

wendet werden, könne das zu Legitimationsproblemen führen. Dies war einer der Gründe, warum man sich im Jahre 2001 wieder für einen nationalen Plakataushang und Kino-/TV-Spots entschied.

Die Führung der Kampagnen stützt sich auf die früheren Erfahrungen mit der Stop Aids- und der Drogen-Kampagne und erfolgt sehr professionell. Es wurden systematisch Pretests durchgeführt, in denen mögliche Sujets und Werbebotschaften getestet wurden.<sup>140</sup> Ebenso wurden, mit Ausnahme des laufenden Jahres, Posttests durchgeführt.<sup>141</sup> Damit konnten Erinnerung und Wiedererkennung der Botschaften erhoben sowie die kurzfristigen Wirkungen der Kampagne gemessen werden (vgl. 6.1.2.1).

#### **Beurteilung**

Die Umsetzung des TP erfolgte zielgerecht und problemlos. Es ist als positiv festzuhalten, dass die Fremdevaluationen der einzelnen Massnahmen Einfluss auf die Gestaltung der Kampagnen haben. Die gemachten Erfahrungen wurden berücksichtigt, auch wenn sich dadurch terminliche Umdispositionen ergaben.

Die Umsetzung der **Partneraktivitäten** erfolgt, wie das TP Kampagne, durch die Sektion Kampagnen und Marketing des BAG.

Wenn jeweils die Materialien vorliegen, wird vor dem Beginn der Kampagne ein Aussand an rund 1100 Adressen gemacht. Es wird ein Angebot zum Bezug von Plakaten und anderen Werbemitteln unterbreitet und ein Bestellatoln beigelegt. Der Vertrieb der Materialien erfolgt reibungslos.

Die Partneraktivitäten führen detailliert Buch über die verteilten Unterlagen und führen jeweils bei den Bezügem eine kurze schriftliche Befragung durch.

#### **Beurteilung**

Wir beurteilen die Umsetzung des TP Partneraktivitäten als zweckmässig und sinnvoll.

---

<sup>140</sup> Datenquellen I bis V (vgl. Darstellung 7)

<sup>141</sup> Datenquelle VI bis VIII (vgl. Darstellung 7)

## 5.2.2 Teilprojekt Ärzte

Die Schwerpunkte der Tätigkeiten des Teilprojekts lassen sich wie folgt beschreiben:

2000:

- Kontakte aufbauen und ausweiten, Netzwerke knüpfen.
- Erfolgreicher Versuch des Aufbaus der vom BAG gewünschten Begleitgruppe aus den Präsidenten der medizinischen Fachgesellschaften.
- interessierte Ärzte suchen, rekrutieren und ausbilden.
- Gelegenheiten für Auftritte suchen und wahrnehmen, selber Kurse durchführen.
- Vorstellung und Diskussion des TP an einem wissenschaftlichen Symposium.

2001:

- Steigerung der Aktivitäten, Netzwerk ausgebildeter Ärzte und Seminarleiter fertiggestellt.
- Ausbildung von Seminarleitern.
- Durchführung von Veranstaltungen.
- Präsentation des TP vor nichtärztlichen Gesundheitsberufen.
- Herbst 2001: Entscheid für den Aufbau eines festen Stabes von Seminarleitern mit einem Jahresmandat anstelle der Motivation von ausgebildeten Seminarleitern zur Durchführung von Seminaren als Einzelmandate (Umsetzung geplant 2003).

2002:

- Ausbildung von Seminarleitern.
- Durchführung von Veranstaltungen.
- Durchführung eines wissenschaftlichen Kongresses über "Motivational Interviewing".
- Aufbau einer Gruppe von 5-6 Aktiven ("Leaders") aus der Menge der rund 25 ausgebildeten Teachers, die ohne Anstoss der TP-Leitung tätig sind (Erwartung: 2 Seminare pro Jahr) als Zwischenschritt zum Aufbau des Stabes.

Als wichtigster Befund zur Umsetzung<sup>142</sup> ist zu erwähnen, dass sich das TP wesentlich langsamer entwickelt hat als geplant und dass die Nachfrage geringer war als erwartet. Gegenüber den ursprünglichen Erwartungen lassen sich die folgenden Abweichungen oder Erfahrungen feststellen:

Der jetzige Stand der Umsetzung zeigt folgende **Stärken**:

auf der Sachebene:

- Gutes Produkt (Fortbildungsmodul).
- Fähige und interessierte Mitarbeitende (Leaders und Teachers).
- Gutes Ausmass der Eigenaktivitäten der Leaders.
- Kompetenz von Sekretariat/Koordinationsstelle (bei FMH).
- Hohe Akzeptanz in wissenschaftlichen Kreisen.
- Grosse Akzeptanz bei Grundversorgern (Berufskollegen).
- Grosse Offenheit zur Selbstreflexion.

auf der persönlichen Ebene:

- Hohes Engagement der TP-Leitung und des Sekretariats.
- Sich gut ergänzende Profile von TP-Leitung und Sekretariatsleitung und gute Zusammenarbeit.
- Vertrauensvolles Verhältnis zur Programmleitung.

Trotz seiner langsameren und unerwartet aufwändigeren Entwicklung hat das TP bisher klare **Chancen** auf der Sachebene aufzeigen können:

- Die vermutete Aktivierung von Grundversorgern ist möglich
- Aufgrund der Erfahrungen ist eine bessere pädagogische Fundierung der prozessorientierten Verbindung verschiedener Präventionsbereiche möglich
- Erhöhung der Eigenaktivitäten der Teachers durch Jahresmandate anstelle der Mandate für einzelne Kurse
- Angebot der Fortbildung an weitere Berufsgruppen im Gesundheitsbereich (Sozialarbeit, Pflegebereich)
- Profilierung von Unternehmen durch Sponsoring in der Prävention, wo keine Produkte vorhanden oder möglich sind

---

<sup>142</sup> Datenquelle 3 (vgl. Darstellung 6)

Auf der andern Seite lassen sich folgende **Schwächen** feststellen:

auf der Sachebene:

- Manual für Ärzte noch immer nicht fertig.
- Mangelnde Kontakte mit andern Teilprojekten.
- Zu wenig Eigenaktivitäten der Teachers.
- Mangelnde Qualität der Kursstatistiken sowie der prozessproduzierten Daten (z.B. Kursbeurteilungen).
- fehlendes Marketing.
- interne Koordination verbesserungsfähig.
- ungenügende Standardisierung von Abläufen.

auf der persönlichen Ebene

- Zu starke Belastung des TP-Leiters (kritische Grenze erreicht).
- Das TP nimmt zu wenig Anteilnahme und Unterstützung durch BAG wahr.

Die Tatsache, dass die **Begleitgruppe** nicht eingerichtet werden konnte, wird hier bewusst nicht als Schwäche bewertet. Sie hat in erster Linie mit der Überlastung der angesprochenen Personen zu tun und nicht mit Schwierigkeiten auf Seiten des TP. Zudem ist die wissenschaftliche und medizinische Legitimation auf anderem Weg erreicht worden. Im weiteren werden die Fachgesellschaften einbezogen, in dem sie darüber entscheiden, ob das Angebot "Credits" erhält oder nicht.

Zu den Schwächen kommen einige **Risiken** auf der Sachebene hinzu:

- Verzettelung oder Überforderung angesichts zu vieler Aufgaben und beschränkter Ressourcen.
- Schwierigkeit der Quer-Vernetzung mit andern Programmen (z.B. Tabak).
- Konkurrenz durch andere Programme auf der Ebene der Grundversorger.
- Einfrieren oder Beschränkung der finanziellen Ressourcen.
- FMH-anerkannte Credits sind nur geringer Ansporn für anspruchsvolle Fortbildung.
- Ärzte sind interaktive Fortbildung nicht gewohnt.

- Mangelnde Qualifikationen des TP im Bereiche des Marketing.
- Mehr Führungsaufgaben für TP-Leiter bei Vergrößerung des Mitarbeitendenstabes und weniger Zeit für operative Arbeit.

Es sind auch Risiken auf der persönlichen Ebene festzustellen, da das fortbildungsbezogene Teilprojekt sehr stark durch seinen Leiter als wichtigsten "Teacher" geprägt ist:

- Identifikation des TP mit dem TP-Leiter, wodurch andere Personen in den Hintergrund "gedrängt" werden.
- Zu grosse operative Nachfrage nach dem TP-Leiter.

Eine Besonderheit des TP liegt darin, dass der **Leiter** aus dem universitären Bereich kommt und sich auch stark nach dem akademischen Bereich ausrichtet. Sie führt im weiteren dazu, dass aus Sicht des TP-Leiters folgende zusätzliche Schwächen bestehen:

- Zu geringe Produktion wissenschaftlicher Papiere.
- Zu geringe internationale Aktivitäten (Papier, Präsentationen etc.).
- Zu geringe persönliche Präsenz im wissenschaftlichen Bereiche mit der Gefahr, "vergessen zu werden".

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Als Fazit kann festgehalten werden, dass

- sich das TP wesentlich langsamer entwickelte als geplant,
- der Aufwand zur Schaffung der Netzwerke höher war als erwartet,
- die Bereitschaft der ausgebildeten Seminarleiter zu eigenen Kursen geringer war als erwartet, sie wirkten aber als Kontaktpersonen vor Ort,
- das von TP-Leitung rasch auf Umsetzungserfahrungen reagiert und entsprechend gehandelt wurde.

*Empfehlungen: Es ist ein Marketingkonzept zu erstellen, dessen Marketing-Mix den gemachten Erfahrungen Rechnung tragen muss, und das Konzept ist rasch umzusetzen. Dabei ist vor allem der Ausgestaltung der Distributionskanäle sowie der Promotion Beachtung zu schenken. Zudem ist die Frage des*

*Preises (auch im negativen Sinne als Nutzen) zu klären. Die diesbezüglich vorhandenen Ideen der TP-Leitung sind zu vertiefen und auf ihre Realisierung zu prüfen.*

*Angesichts des Aufwandes zur Marktdurchdringung ist eine Verzettelung der Ressourcen zu vermeiden und die Aktivitäten sind zu fokussieren.*

*Auch bei der angestrebten dezentralen Struktur sind Dienstleistungen, die zentral zur Entlastung der Kursleiter erbracht werden können, an das Sekretariat zu delegieren.*

*Der Stab der eigenaktiven Mitarbeitenden ist zu vergrössern, damit die Struktur zunehmend personenunabhängig werden kann.*

In Ergänzung zum bisher Gesagten können folgende Befunde angefügt werden, die aus der Sicht der Evaluation von Interesse sind:<sup>143</sup>

- Die konkrete Arbeit des TP hat gezeigt, dass Grundversorger in der Regel allein arbeiten und kaum Netzwerke bilden. Viel eher sind sie Teil von Netzwerken, denen Personen aus andern Bereichen angehören (Sozialhilfe, Suchtberatung etc.). Davon ausgehend werden seit einiger Zeit bei Kursen neben Ärzten auch Vertreter der regionalen Suchtberatungsstellen eingeladen. Zudem wird damit auch Weiterleitung von Alkoholabhängigen für nicht-medizinische Fragen gefördert, was wiederum die Ärzte entlastet.
- Die stetige Führung und Begleitung der TP-Leitung durch den Ausschuss als übergeordnete Instanz ist gering und wird vom TP vermisst. Die Steuerung des TP erfolgte weniger über die fixierten Ziele, als über laufende Absprachen und Anpassungen, die aber kaum formalisiert wurden. So wurde auch die Zieleinhaltung nicht systematisch überprüft.

### **5.2.3 Teilprojekt Internet**

Umsetzung bedeutete bei diesem Teilprojekt teilweise unmittelbarer Output, weshalb die Abgrenzung nicht immer eindeutig ist.

---

<sup>143</sup> Datenquelle 3 (vgl. Darstellung 6)

Im Sinne einer SOFT-Analyse<sup>144</sup> lassen sich die Stärken und Schwächen der **Umsetzung in der 1. Phase** wie folgt darstellen:<sup>145</sup>

**Stärken** auf Sachebene:

- Interne Dokumente waren auf der Website abgelegt, das Ziel der Dokumentation wurde realisiert.
- Die Sichtbarkeit des Programms wurde erreicht.
- Schrittweise wurde mit knappen Mitteln eine dynamische, datenbankgestützte Website erstellt.
- Die Website entsprach dem state of the art und wurde auch einmal ausgezeichnet.
- Das Bestellwesen funktionierte reibungslos. Der Service für die Medien war gut.
- Die Website bot eine Vielzahl von Möglichkeiten für den weiteren Ausbau an.

Auf der persönlichen Ebene erwies sich die Zusammenarbeit zwischen der Programmleitung und dem Auftragnehmer als Stärke.

Das TP Internet hat keine unerwarteten **Chancen** aufgezeigt. Im Gegenteil, seine von Beginn an vorhandenen Chancen sind vor allem nicht genutzt worden und deshalb unter den **Schwächen** aufgeführt.

Auf der Sachebene sind zu erwähnen:

- Die Zusammenarbeit zwischen dem TP Internet und der Werbeagentur des TP Kampagne bezüglich grafischer Darstellung und Inhalten klappte nur beschränkt, und es kam immer wieder zu Reibereien.
- Die Zuständigkeit für die Bereitstellung der grafischen Elemente der Website war nicht klar geregelt, was ebenfalls zu Spannungen zwischen der TP-Leitung und der Agentur führte.
- Die Zuständigkeit für die Inhalte der Website war nicht klar geregelt und führte immer wieder zu Schwierigkeiten.
- Die interne Seite der Website funktionierte nicht. Das virtuelle Archiv für Protokolle funktionierte nicht, weil die angesprochenen Nutzer sich nicht darauf einliessen. Ideenpool und Diskussionsforum scheiterten an mangelnder Teilnah-

---

<sup>144</sup> Analyse von **S**uccess - **O**pportunities - **F**ailures - **T**hreats

<sup>145</sup> Datenquelle 3 (vgl. Darstellung 6)

me, vermutlich aus Belastungs- und Zeitgründen der Beteiligten. Das TP Internet bot eine Plattform für die andern Teilprojekte, die aber zu wenig genutzt werden konnte. Zum einen da die Entwicklung z.B. der TP Ärzte und TP Community Setting langsamer als geplant fortschritt und wenig zu publizierende Inhalte vorlagen, zum andern weil niemand für diesen gegenseitigen Transfer zuständig war und keine Ressourcen vorhanden waren.

- Das externe Diskussionsforum erreichte die Zielsetzung nicht, da die dafür nötigen Ressourcen für Betreuung und Moderation fehlten.

Auf der persönlichen Ebene sind die wiederkehrenden sachlichen Differenzen zwischen dem TP und der Agentur zu erwähnen, die zu einer Verschlechterung der Atmosphäre und zu einer Verhärtung der Situation führten.

Das TP hat keine unerwarteten **Risiken** aufgezeigt. Erfolgskritische Punkte wie die Definition von Betreuungsaufgaben i.w.S. und die zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Ressourcen wären von Anfang an zu erkennen gewesen, wenn Konzept und Umsetzung stärker zielbezogen reflektiert worden wären.

Als Fazit der **Umsetzung in der 1. Phase** (1999-2001) kann festgehalten werden, dass

- das Programm mit dem TP im Vergleich zu den verfügbaren Mitteln zu viel wollte,
- die Konzeptualisierung eher spontan und wenig reflektiert erfolgte,
- die Umsetzung unter Zeitdruck erfolgte und der Auftritt deshalb schrittweise ausgebaut wurde,
- die Folgen der Zielvielfalt und die zum Erfolg nötigen Investitionen nicht realistisch gesehen wurden,
- ungeklärte Verantwortlichkeiten zwischen zwei Auftragnehmern zu Problemen in der Zusammenarbeit führten,
- die gesetzten Output-Ziele zwar erreicht, aber die Produkte nur teilweise genutzt wurden.

Die Umsetzung des neuen Konzepts dauert erst rund 6 Monate,<sup>146</sup> so dass nur ein vorläufiges Fazit der **Umsetzung der 2. Phase** (ab 2002) gezogen werden kann.

Ein neues Element der Website ist der sogenannte Club: Eine bewegte Seite, bei der durch Anklicken bestimmter Stellen Tipps zu verschiedenen Themen, nicht nur Alkohol, erscheinen.

Das zweite neue Element ist die Spacebar: ein Spiel, bei dem Gläser und andere sich bewegende Gegenstände abzuschliessen sind. Dabei ist zu verhindern, dass ein mit Alkohol gefülltes Glas dem Spieler zu nahe kommt, weil die Zielsicherheit mit jedem Alkoholkontakt sichtbar vermindert wird (Doppel- oder Dreifachsicht). Das Spiel kann nicht online gespielt werden, sondern muss heruntergeladen werden.<sup>147</sup>

Als Fazit der **Umsetzung ab 2002** kann festgehalten werden:

- Fehler, wie sie bei der Schaffung des TP Internet vorkamen, wurden bei der Neuausrichtung der Website vermieden: stärkere Fokussierung auf Zielebene, längere Vorbereitungszeit, grösseres Budget.
- Die Verantwortlichkeiten für das Informationsmanagement sind klar geregelt<sup>148</sup>. Ob dafür auch genügend Ressourcen bereitstehen, ist unklar.
- Die Neuausrichtung des Internetauftritts bedeutet faktisch ein Verzicht auf die interne Nutzung der Website. Es wurden keine Versuche unternommen, die interne Nutzung der Website bzw. die Drehscheibenfunktion des TP für die andern TP zu verstärken, nun da diese mehr Informationen liefern könnten. Die Schaffung von mehr "Traffic" stand im Vordergrund.

Die jetzige Gestalt der Website entspricht aber offenbar noch nicht den Vorstellungen aller Mitglieder des Ausschuss.<sup>149</sup> Die Idee des Stammtisches, und damit eines Elements des Austausches ausserhalb des Fun-Bereichs, soll wiederbelebt werden.

---

<sup>146</sup> Vertragsbeginn 01.12. 2001, Aufschaltung der neuen Website 06.03.2002 und Abschluss der Datenerhebung der Evaluation: Ende Juli 2002

<sup>147</sup> Aus technischen Gründen ist das Spiel auf einem Server von Sunrise abgelegt. Wer das Spiel wählt, verlässt also die Website "Alles im Griff?".

<sup>148</sup> Sie liegen für den Fun-Bereich bei der Sektion Kampagnen und Marketing, für den Rest bei der Programmleitung.

<sup>149</sup> Datenquelle 2 (vgl. Darstellung 6)

In Ergänzung zum bisher gesagten können folgende Befunde angefügt werden, die im Zusammenhang mit der Umsetzung aus der Sicht der Evaluation von Interesse sind:<sup>150</sup>

- Die schriftlich formulierten Ziele waren insgesamt für den tatsächlichen Verlauf des Teilprojekts wenig relevant. Das mag zum einen daran liegen, dass zu Beginn eine klare Zielformulierung nicht möglich war, da man Neuland betrat. Zum andern daran, dass die Ziele rasch und vertiefte Diskussion formuliert wurden, und zum dritten daran, dass sich die Situation veränderte.
- Die Steuerung des TP erfolgte weniger über die fixierten Ziele, als über laufende Absprachen und Anpassungen, die aber kaum formalisiert wurden. So wird auch die Zieleinhalten nicht systematisch überprüft.<sup>151</sup>
- Eine systematisierte Führung der TP-Leitung durch die übergeordnete Instanz fehlte in der von steten Veränderungen geprägten 1. Phase des TP weitgehend. Dies spricht für die vorgeschlagene Arbeitsteilung innerhalb des Ausschusses (vgl. 5.1.1)

Im Rahmen des neuen Mandats finden in der Regel monatliche Treffen mit der Agentur statt, an der über die bei der Agentur laufenden Kampagnen STOP AIDS und "Alles im Griff?" gesprochen wird. Dabei kommen auch die Websites zur Sprache.

Von Seiten der Agentur wird neuerdings monatlich ein Bericht erstellt, bisher liegen zwei Monatsberichte vor.

- Vom Auftragnehmer der 1. Phase wurde festgestellt, dass von Seiten des Ausschuss als eigentlichem Führungsorgan des Programms wenig Interesse am TP spürbar war.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Umsetzung des TP Internet in der 1. Phase unter grossem Zeitdruck und mit knappen Mitteln erfolgte, das aber erfolgreich war. Die Umsetzungsarbeiten in der 2. Phase verliefen unter besseren zeitlichen und finanziellen Bedingungen. Festgestellte Mängel wurden seitens der Programmleitung korrigiert.

---

<sup>150</sup> Datenquelle 3 (vgl. Darstellung 6)

<sup>151</sup> Ein Beispiel dafür: Die im laufenden Vertrag vorgesehene Zwischenevaluation per 01.04.2002 lag Anfang Juni noch nicht vor.

*Empfehlung: Bei Querschnittsprojekten, wie das TP Internet eines ist, sind die Zuständigkeiten, Schnittstellen und Kontaktaufgaben klar zu regeln.*

#### **5.2.4 Teilprojekt Gemeinden**

Das TP startete erst im November 2000, da die ursprüngliche vorgesehene Erteilung eines Direktmandates an den späteren Beauftragten aus rechtlichen Gründen gestoppt und eine Ausschreibung durchgeführt werden musste.

Die Umsetzung erfolgte wie geplant: Das TP schrieb das Projekt bei den Präventions- und Suchtfachstellen aus und ersuchte um Mitarbeit. Die Ausschreibung fand ein gutes Echo, der gewählte Weg erwies sich als richtig.

Zudem wurden die kantonalen Delegierten für Gesundheitsförderung informiert sowie weitere breite Kreise.

Die Auswahl der für das TP in Frage kommenden Gemeinden wurde aufgrund vertiefter Analysen über die Situation der Gemeinden in Zusammenarbeit mit den Fachstellen getroffen. Anschliessend wurde sie mit den Kantonen abgesprochen und bereinigt.

Die Umsetzung erfolgte also sehr behutsam, um das Ziel der Einbettung in vorhandene Strukturen zu erreichen. Im Laufe der Zeit wurden die Kontakte zu den Kantonen noch stärker gepflegt als ursprünglich geplant, bei denen Interesse vorhanden war. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit des TP ist dies positiv zu werten.

Eine gegenüber der Planung realisierte Änderung betrifft die Ausbildungsseminare für Gemeinden. Dieses Ausbildungsmodul wurde im Projektplan im Hinblick auf die Instruktion von rund 100 Gemeinden vorgeschlagen. Nachdem die Pilotphase auf 20 Gemeinden beschränkt wurde, ergab es keinen Sinn mehr. Statt dessen setzte man auf gemeindeweise Ausbildung und Vorbereitung.

Das grösste Problem bei der Umsetzung waren persönliche Probleme und der spätere Ausfall des Projektleiters für die deutsche Schweiz, was sich teilweise ungünstig auf die Kontakte zu den Fachstellen und zu den Gemeinden durchschlug. Die mit dem TP beauftragte Organisation konnte die entstandenen Schwierigkeiten aber kurzfristig und mit grossem Einsatz

auffangen. Per 01.09.2001 wurde die Projektleitung neu organisiert.

An der 1. Erfahrungstagung führte das Evaluationsteam eine geleitete **Selbstevaluation** des bisherigen Prozesses durch. Die anwesenden Vertreter der Fachstellen und Gemeinden führten anhand eines schriftlichen Leitfadens eine Stärken-Schwächen-Analyse des bisherigen Prozesses durch.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Erfolge auf der Sach- und der Personenebene waren wesentlicher zahlreicher als die Misserfolge.
- Die Misserfolge auf der Personenebene hatten vor allem mit dem Ausfall des Projektleiters zu tun.
- Es wurden etwa gleich viel Chancen wie Risiken gesehen.

Wenn man berücksichtigt, dass das Teilprojekt zum Zeitpunkt der Selbstevaluation noch kein Jahr alt war, und der Prozess der Aktivierung der Gemeinden in den Anfängen steckte, kann die Bilanz als positiv bewertet werden.

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Insgesamt kann die Umsetzung als gut gelungen beurteilt werden. Die zu Grunde gelegte Annahme, dass die Gemeinden über die regionalen und lokalen Fachstellen angegangen werden können, hat sich bewährt. Allerdings hat sich gezeigt, dass die Arbeit in den Gemeinden aufwändig ist und Zeit beansprucht. Es dauert deshalb auch länger bis Auswirkungen der Massnahmen (Impact) sichtbar werden.

Die Zusammenarbeit mit den Kantonen ist über Erwarten bedeutsamer geworden als vorgesehen.

*Empfehlung: Die Zusammenarbeit mit den Kantonen ist zu pflegen und allenfalls zu verstärken, da sie zu einer Verankerung des Alkoholprogramms beitragen kann.*

#### **5.2.5 Teilprojekt Helpline**

Wie bereits erwähnt (vgl. 4.2.5) musste für die **organisatorische** Umsetzung dieses Teilprojekts eine Partnerschaft gesucht werden. Zuerst wurde die Schweizerische Gesellschaft für Al-

kohologie angefragt.<sup>152</sup> Ihr Vorschlag konnte wegen den beschränkten Ressourcen des Alkoholprogramms nicht umgesetzt werden. Die Verantwortlichen der Alco-line erarbeiteten darauf ein Konzept für eine flächendeckende Ausbreitung ihres Angebots. Diese sollte mit Unterstützung des Berufsverbandes Alkohol+Sucht (A+S) bewerkstelligt werden. Doch auch dieses Projekt hätte das vorhandene Budget gesprengt. Im Tessin richtete Ingrado eine Telefonnummer ein, um sie dem Teilprojekt Nationales Beratungstelefon zur Verfügung zu stellen. Schliesslich entschied sich die Programmleitung für eine Partnerschaft mit dem Verband "Die Dargebotene Hand", welcher national das bereits etablierte Notruftelefon 143 koordiniert. Dieser Entscheid führte zu einer Intervention des Kantons Genf, der sich desavouiert fühlte. Die Alco-line gehört zum Konzept der Alkoholpräventionsstrategie des Kantons Genf und wird sowohl ideell wie finanziell von diesem unterstützt.

Die Telefonnummer 143 hat ein anderes Anruferprofil als es die Zielgruppe von AiG? darstellt. Sie ist eine niederschwellige Helpline für Menschen in persönlichen Notlagen. Dadurch wird die Zielgruppe des Teilprojekts – Personen in der motivationalen Phase – kaum angesprochen. Eine risikoreich konsumierende Person in der motivationalen Phase – die ja kein eigentliches Alkoholproblem hat – dürfte die Nummer 143 kaum benutzen für Fragen rund um ihren Alkoholkonsum. Man ging aber davon aus, dass sowohl Personen in der vormotivationalen als auch Personen in der motivationalen Phase aus einem anderen Grund anrufen, und durch eine geschickte Gesprächsführung der risikoreiche Konsum dennoch angesprochen werden könne.

Um das Telefon 143 als nationales Beratungstelefon für Alkoholbelange breit bekannt zu machen, wurde geplant, die Nummer auf den Werbemitteln von AiG? anzugeben und PR-Massnahmen zu treffen. Weiter sollten durch Schulung die notwendigen Kompetenzen der AnrufbeantworterInnen gesichert werden. Nachfolgend gehen wir näher auf die einzelnen Aktivitäten ein.

**Bewerbung / PR-Aktivitäten:** Im Jahr 2000 wurde die Nummer 143 mit AiG?-Plakaten beworben, wie sie für die Partneraktivitäten zur Verfügung stehen. Der Aushang dauerte zwei Wochen und beschränkte sich auf die Deutschschweiz. Ziel der

---

<sup>152</sup> für den ganzen Absatz: Datenquellen 1, 3 und 4 (vgl. Darstellung 6)

Bewerbung war es, einen Beitrag zur Imageänderung der Telefonnummer 143 zu leisten. In der Westschweiz wehrte sich der Kanton Genf wegen der Vorkommnisse rund um den Entscheid gegen eine Bewerbung von Telefon 143. Als Entschädigung für die geleistete Konzeptarbeit wurde dort Alco-line beworben sowie Ingrado im Tessin. Um hinsichtlich alkoholbezogener Anrufe mehr zu erfahren, erging zudem an Telefon 143 und an Alco-line ein Auftrag für statistische Erhebungen im Sinne einer Autoevaluation. Mit Hilfe der SFA erfüllte Telefon 143 diesen Auftrag, Alco-line konnte keine Angaben liefern. Es fanden jedoch keine PR-Aktivitäten statt, welche das Nationale Beratungstelefon 143 als teil des Alkoholprogramms darstellten.

**Schulung:** Durch die Wahl des Telefons 143 entschied man sich für Laien als AnrufbeantworterInnen, welche als Freiwillige arbeiten. Deren Profil genügte gemäss den Programmverantwortlichen, da man keine spezialisierte Beratung suchte, wie sie Alco-line geliefert hätte. Die Interviews zeigen, dass die Zielsetzungen des Konzepts nach der Wahl ausgeweitet wurden, da bei Telefon 143 kaum Personen allein wegen eines risikoreichen Alkoholkonsums anrufen. Folglich sollten die AnrufbeantworterInnen erstens fähig sein, durch eine geschickte Gesprächsführung eine Triage vorzunehmen um Personen in der vormotivationalen Phase zu erkennen. Darauf sollten die Regeln des risikoarmen Konsums vermittelt werden können. Zweitens wurde erwartet, dass den AnrufbeantworterInnen die Adressen und Kompetenzen der Fachstellen der Umgebung bekannt sind und sie dadurch die Hilfesuchenden kompetent weiterleiten können. Eine Umfrage des Verbands der Dargebotenen Hand bei seinen Regionalstellen, welche für Aus- und Weiterbildung verantwortlich sind, zeigte, dass die erste Kompetenz vorhanden war, jedoch die zweite gefördert werden musste.<sup>153</sup> Sie sollte durch Weiterbildung und ERFA-Gruppen gesichert werden.<sup>154</sup> Das Programm AiG? stellte einen finanziellen Betrag zur Verfügung, welcher den Regionalstellen als Anreiz für entsprechende Weiterbildung dienen sollte. Zumindest vereinzelt wurde vom Angebot Gebrauch gemacht.

Die **Aktivitäten** beschränkten sich auf das Jahr 2000, die Kooperation mit der Dargebotenen Hand ist seither sistiert. Einerseits mangels Aufgabenfelder, andererseits wurde festgestellt, dass das Image von Telefon 143 nicht mit der von AiG? ange-

---

<sup>153</sup> Die Dargebotene Hand (1999)

<sup>154</sup> Ziele AiG? 1999-2001(internes Arbeitspapier, o.J., o.O.)

strebten Wirkung vereinbar ist. Telefon 143 sucht zwar eine Imageauffrischung in Form einer Verjüngung, hat diese aber bisher nicht erreicht. Um zudem eine weitere finanzielle Unterstützung gewähren zu können, hätte Telefon 143 den Nachweis einer Wirksamkeit erbringen müssen. Dies ist schwierig, da Telefon 143 von Freiwilligen betreut wird und die nötige Datenerhebung eine Zusatzbelastung bedeutet hätte. Zudem ist Telefon 143 generell überlastet, daher besteht von seiner Seite her kein Interesse an einer weiteren Kampagne.

### 5.2.6 Die Umsetzung der Teilprojekte aus der Sicht der Fachleute

Insgesamt wird die Umsetzung mit einem Mittelwert über alle Teilprojekte von 4.5 schlechter beurteilt als die Idee oder das Konzept der Teilprojekte (Mw 5.0), wobei nur die TP Kampagne und Partneraktivitäten von einer Mehrheit der Befragten beurteilt werden können. Die Differenz zwischen der Beurteilung der Idee und der Beurteilung der Umsetzung ist bei den TP Ärzten und Gemeinden deutlich. Sie mag daher rühren, dass die Befragten zwar die TP kennen und als gut beurteilen, aber nur wenig von deren Umsetzung gehört oder gesehen haben, was zu einer tiefen Bewertung führt.

Darstellung 21: Beurteilung der Umsetzung der Teilprojekte<sup>155</sup>

Teilprojekt	beurteilt durch % (Basis: 81 Befragte)	Beurteilung (Mittelwert) <sup>156</sup>
Kampagne, n = 75	93	4.7
Partneraktivitäten, n = 60	74	4.5
Internet, n = 29	36	4.8
Gemeinden, n = 27	33	3.8
Ärzte, n = 20	25	4.5
Helpline, n = 12	15	4.4

Auffallend ist der tiefe Wert für das TP Gemeinden, zu dessen Umsetzung sich 1/3 der Befragten äussert. Es ist unklar, woher der tiefe Wert rührt. Nicht anzunehmen ist, dass er die erwähnten, zeitweise aufgetretenen Schwierigkeiten widerspiegelt. Die

<sup>155</sup> Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 6), insgesamt 81 Befragte.

<sup>156</sup> 6-stufige Skala von 1 = "sehr schlecht" bis 6 = "sehr gut"

Befragung der Fachstellen, die in das TP Gemeinden involviert sind,<sup>157</sup> zeigt nämlich, dass das TP gut beurteilt wird (vgl. 5.2.4).

### 5.3 Zusammenfassende Beurteilung

Die Umsetzung des Alkoholprogramms ist aus unserer Sicht durch zwei Punkte zentral beeinflusst worden: durch Entscheide in der Konzeptphase und die Rahmenbedingungen.

Es zeigte sich einmal, dass bei **Entscheiden in der Konzeptphase** bereits die Konkretisierung gleichsam vorweggenommen wurde und man sich auf Bewährtes abstützte. Dies gilt sowohl bei der Wahl der Teilprojekte als auch beim Entscheid für eine Begleitgruppe. Diese strategisch oder konzeptuell zu wenig hergeleiteten und kohärenten Entscheide führten denn auch zu bestimmten Schwierigkeiten in der Umsetzung bzw. legten diese bereits weitgehend fest, bspw. in der Verteilung der finanziellen Mittel. Im weiteren hat auch die deutschschweizerisch geprägte Konzeptphase in der mangelnden konzeptuellen Anpassung des Programms ihre Spuren hinterlassen, während die sprachliche Anpassung sehr gut geleistet werden konnte.

Einen wichtigen Einfluss dürfte der Faktor Zeit oder die Opportunität des Augenblicks gehabt haben. "Lieber der Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach" ist durchaus eine akzeptable Maxime für pragmatisches Handeln, aber entbindet nicht von strategischer Planung.

*Empfehlung: Das BAG hat die strategische Planung im Bereiche der Prävention zu verbessern und darauf gestützt konkrete Programme zu entwickeln, die im gegebenen Falle rasch umgesetzt werden können.*

Zum andern waren **strukturelle Rahmenbedingungen** prägend. Es scheint, dass die später aufgetauchten Probleme in der Phase der Konzeption zu wenig vorausgesehen oder keine Alternativen dazu erwogen wurden. Der Zeitdruck hätte aber auch keine grundsätzlichen Überlegungen und Abklärungen in diesem Bereich zugelassen.

<sup>157</sup> Datenquelle 14 (vgl. Darstellung 6)

*Empfehlung: Es sind grundsätzlich Möglichkeiten und Grenzen des Programmmanagement innerhalb der BAG-Struktur zu klären und allenfalls neue Formen zu entwickeln.*

Im weiteren ist die bisher erzielte Nachhaltigkeit als gering zu beurteilen. Dies hat unseres Erachtens auch, aber nicht nur, mit der kurzen Laufzeit des Programms zu tun, sondern mit grundsätzlichen, strategischen Festlegungen.

*Empfehlung: Dem Kriterium der Nachhaltigkeit muss in Zukunft bei Programmen des Bundes entscheidende Wichtigkeit zukommen.*

Die Führung der Teilprojekte mit ihren Facetten von Zielvereinbarung, Begleitung und Unterstützung durch den Ausschuss als zentralem Gremium bzw. durch dessen Leitung ist wenig ausgeprägt.

*Empfehlung: Die Führungsfunktion des Programms gegenüber den TP ist verstärkt wahrzunehmen.*

**Insgesamt kommen wir zum Schluss, dass die zweite Evaluationsfrage positiv beantwortet werden kann: Die Umsetzung des Programms ist gelungen, die Stärken überwiegen die Schwächen, auch wenn nicht alles wie geplant verwirklicht werden konnte.**

Ein Blick auf die **Umsetzung der Teilprojekte**<sup>158</sup> ergibt folgende Beurteilung aus der Sicht der Evaluation, dabei werden auch die Kriterien Professionalität und Effizienz beigezogen. Zudem wird darauf hingewiesen, ob und wie die Teilprojekte kritisch begleitet und reflektiert werden:

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

Die Beurteilung der Umsetzung der Teilprojekte ergibt sich aus der folgenden Übersicht:

Teilprojekt	Beurteilung
Kampagne	sehr gut gelungen, professionell, effizient, systematische externe Evaluationen.

<sup>158</sup> Datenquelle 3 und 5 (vgl. Darstellung 6)

Partneraktivitäten	gut gelungen, professionell, effizient, systematische Autoevaluation
Ärzte	Probleme der Umsetzung unterschätzt (schwieriges Umfeld, da Bewusstsein für Fortbildungsnotwendigkeit im Alkoholbereich gering, und beschränkte Mittel für Marktberarbeitung), fehlendes Marketingkonzept, rasche Reaktion auf Umsetzungserfahrungen auf Grund von Autoevaluationen
Internet	gut gelungen, professionell, Vermeidung der Fehler der Anfangsphase, die unter hohem zeitlichem Druck stand, bei der inhaltlichen Neuausrichtung nach 2 Jahren.
Gemeinden	dezentraler Ansatz über regionale Stellen zweckmässig und erfolgreich, aber aufwändig, da Prozesse in den Gemeinden Zeit und persönliche Kontakte brauchen; professionell, Zusammenarbeit mit Kantonen stärker als geplant (positiv im Hinblick auf Nachhaltigkeit), regelmässige prozessbezogene Autoevaluationen.
Helpline	Die Umsetzung litt unter Finanzknappheit, weshalb nicht das gemacht werden konnte, was eigentlich angestrebt war, sondern nur das, was möglich war; wenig professionell, Effizienz fraglich.  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.

**Die Umsetzung der Teilprojekte ist insgesamt gelungen, die Teilprojekte arbeiteten effizient und professionell, wenn auch die Umsetzung, insbesondere in zwei Teilprojekten, aufwändiger war und langsamer erfolgte als geplant.**

*Auf Grund der obigen Beurteilung der Teilprojekte kommen wir zu folgenden Empfehlungen:*

- *Für das TP Kampagne/Partneraktivitäten ergeben sich keine Empfehlungen für die Umsetzung.*
- *Für die Umsetzung des TP Internet ergeben sich keine Empfehlungen, die Probleme liegen auf der Ebene der Konzeption.*
- *Bei der Umsetzung des Teilprojekts Gemeinden ist das Potenzial zur Verankerung in den Kantonen im Hinblick auf die Nachhaltigkeit gezielt auszuschöpfen.*

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

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

Diese Evaluationsfrage bezieht sich auf folgende drei Evaluationsmodule (vgl. S. 31f.):

- Modul 3: Output oder Leistungen des Programms
- Modul 4: Outcome oder Resultate des Programms
- Modul 5: Impact oder Einwirkungen auf den Bereich, den das Programm bearbeitet hat

### **6.1 Die Leistungen des Programms (Output)**

Bei der Beurteilung des Outputs kommen 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).
- **Effizienz** fragt, wie wirtschaftlich die Ressourcen in Leistungen umgewandelt wurden.

#### **6.1.1 Ebene Programm**

Die Evaluation zeigt als erstes, dass es keine Leistungen oder Outputs auf der Ebene des Programms gibt, denn die anfänglich vorgesehenen PR-Aktivitäten wurden nicht realisiert. Eine Ausnahme stellen die jährlichen Medienkonferenzen und die Programmbroschüre 2001 dar.

Die Befragung von **Präventions- und Suchtfachleuten** zeigte, dass das TP Kampagne bei den Fachleuten weitaus am bekanntesten ist und damit das Bild des Programms prägt (vgl. auch Darstellung 17 und Darstellung 21): Die ungestützte Bekanntheit<sup>159</sup> beträgt 90%. Kein anderes TP weist demgegenüber

---

<sup>159</sup> Bei einer ungestützten Frage werden keine Antwortvorgaben gemacht (z.B. "Welche Teilprojekte von "Alles im Griff" kennen Sie?"), bei einer gestützten Frage wird mit Antwortvorgabe gefragt (z.B. "Kennen Sie die Kampagne?")

eine ungestützte Bekanntheit von mehr als 25% auf, nicht einmal das TP Partneraktivitäten, das sich an diese Zielgruppe richtet. Dieses erreicht jedoch eine gestützte Bekanntheit von 56%.

Die gestützte Bekanntheit der TP Internet und Gemeinden ist beträchtlich, so dass die Bekanntheit insgesamt bei diesen zwei TP bei knapp 50% liegt

*Darstellung 22: Bekanntheit des Programms bei Fachleuten<sup>160</sup>  
(absolut und in %, Basis: 81 Befragte)*

Teilprojekt	Bekanntheit ungestützt		Bekanntheit gestützt		Bekanntheit insgesamt			
Kampagne	Plakate	72	73	90%	4	5%	77	95%
	TV-Spot	41						
	Kinospot	21						
	Inserate	13						
Partneraktivitäten	19	24%	45	56%	64	79%		
Ärzte	8	10%	12	15%	20	25%		
Internet	3	4%	36	44%	39	48%		
Gemeinden	13	16%	24	30%	37	46%		
Helpline	3	5%	17	21%	20	25%		

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den **Medienschaffenden**<sup>161</sup>: Zwar hat die grosse Mehrheit der Befragten (82%) schon vom Alkoholprogramm gehört, aber ungestützt wurden nur Elemente der Kampagne (Plakate, TV-Spot etc.) sowie vereinzelt die TP Internet und Partneraktivitäten genannt. Gestützt werden letztere aber von knapp der Hälfte genannt.

<sup>160</sup> Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 6)

<sup>161</sup> Datenquelle 6 (vgl. Darstellung 6)

Darstellung 23: Bekanntheit des Programms bei Medienschaffenden<sup>162</sup> (absolut und in %, Basis: 33 Befragte)

Teilprojekt	Bekanntheit ungestützt		Bekanntheit gestützt		Bekanntheit insgesamt		
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Kampagne	Plakate	21	64%	5	15%	26	79%
	TV-Spot	14					
	Kinospot	4					
	Inserate	33					
Partneraktivitäten	5	15%	20	61%	25	76%	
Ärzte	2	6%	21	64%	23	70%	
Internet	4	12%	0	0%	4	12%	
Gemeinden	1	3%	21	64%	22	67%	
Helpline	5	15%	21	64%	26	79%	

### 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 in der Praxis die Glaubwürdigkeit des Programms beeinträchtigen, wenn eine Werbekampagne als ungenügende Präventionsmassnahme beurteilt wird. Es fragt sich, ob dies im Sinne der Zielsetzung des Alkoholprogramms ist, die **Kohärenz** ist fraglich.

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

Im Rahmen des Programms wurde unter anderem zwei Produkte entwickelt und in grossem Umfang 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 ei-

<sup>162</sup> Datenquelle 6 (vgl. Darstellung 6)

genen Alkoholkonsums. Er wurde in der Ärztebefragung im Frühjahr 2000<sup>163</sup> evaluiert. Von den ÄrztInnen, die ihn gesehen hatten, wurde er als gut geeignet beurteilt, um die Konsummenge zu thematisieren und die Grenze zwischen Genuss und Missbrauch aufzuzeigen.<sup>164</sup> Rund die Hälfte der Befragten haben 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.

## **6.1.2 Ebene Teilprojekte**

### **6.1.2.1 Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten**

Der Output des TP Kampagne besteht zum einen aus der Kampagne und ihren einzelnen Aktivitäten und Produkten, wie Plakate und TV-Spots.

Dieser Output kann insgesamt, also als Kampagne, wie auch in seinen Einzelementen (Plakat oder TV-Spot), beurteilt werden. Zentrale Kriterien für die Qualität des Output waren für das TP immer die Akzeptanz und Verständlichkeit der Botschaften und Werbemittel.

Da bei der Kommunikation allein entscheidend ist, was beim "Empfänger" ankommt, wurde jeweils nach Durchführung der Kampagnen ein Posttest mittels Befragungen bei der Zielgruppe durchgeführt. Diese Überprüfung des Output macht aus Sicht der Evaluation Sinn, weshalb wir uns hier auf diese Ergebnisse abstützen.<sup>165</sup>

Diese Betrachtung der Qualität ist unabhängig von der Frage, wie sehr die Werbung beachtet wurde und was sie bei den Betrachtenden auslöste. Diese Aspekte der Kampagne werden hier als Impact oder als Wirkung der Massnahmen verstanden und in 6.3.2.1 behandelt.

---

<sup>163</sup> Datenquelle XIII (vgl. Darstellung 6)

<sup>164</sup> Mittelwert von 3.3 auf einer 4stufigen Skala, wobei 1 = "gar nicht gut geeignet" und 4 = "sehr gut geeignet".

<sup>165</sup> Datenquellen VI bis VIII (vgl. Darstellung 7)

Die Kampagne wird in allen drei bisher durchgeführten Posttests sehr gut beurteilt, die Kampagne wird insbesondere als wichtig und glaubwürdig beurteilt und deshalb auch nicht als überflüssig.

*Darstellung 24: Beurteilung der Kampagne im Jahresvergleich  
(Mittelwerte)<sup>166</sup>*

<b>Die Kampagne ....</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
vertritt ein wichtiges Anliegen	3.7	<b>3.9</b>	3.7
ist glaubwürdig	3.2	<b>3.6</b>	3.2
ist sympathisch	3.0	<b>3.5</b>	3.2
ist originell	3.0	<b>3.5</b>	3.1
fällt auf	3.0	<b>3.3</b>	2.9
gefällt mir	2.8	<b>3.4</b>	3.3
ist unverständlich	2.0	<b>1.4</b>	1.7
ist unangenehm	1.9	<b>1.4</b>	1.6
ist überflüssig	1.6	<b>1.3</b>	1.5

Diese positive Beurteilung zeigt sich in allen drei Jahren, auch wenn die Kampagne 2000 durchwegs leicht besser bewertet wird. Die positive Bewertung wird im übrigen auch von Personen geteilt, welche die Kampagne nicht beachtet haben.<sup>167</sup>

Das **Logo** wird seit 1999 besser verstanden: Der Anteil der Personen, die ihm die richtige Botschaft (nämlich den Alkoholkonsum im Griff haben oder die Werbekampagne "Alles im Griff?") zuordnen können, ist von 50% auf 61% gestiegen.

Ebenso wird der Slogan auf dem Flaschenöffner besser verstanden: 68% (2001) gegenüber 59% (1999).

Im Posttest der Kampagne 1999 wurde festgestellt, dass der als Frage formulierte Slogan allein die Botschaft zu wenig klarmache. Der darauf eingeführte **Claim** "Schau zu Dir und nicht zu

<sup>166</sup> Mittelwerte auf einer 4-stufigen Skala, wobei 1 = "lehne voll ab" und 4 = "stimme voll zu"

<sup>167</sup> Diesen Personen wurde die Grundidee der Kampagne vorgestellt, anschliessend wurden sie um ihre Bewertung gebeten.

tief ins Glas" erwies sich im Posttest 2001 als verständlich (89%) und angepasst, stimmten doch 79% der Aussage "Der Spruch drückt aus, was ich denke" zu.

Insgesamt gesehen kann festgehalten werden, dass das **Botschaftsverständnis** der Kampagnen gut ist. Die Verständlichkeit der Plakate hat sich von 1999 auf 2001 verbessert.

Die TV- bzw. Kino-Spots wurden in allen drei Jahren sehr gut, d.h. von mehr als 80% der Zuschauenden verstanden. Die Kampagne 2000 ist im Vergleich besser verstanden worden als die andern.

*Darstellung 25: Verständlichkeit von Plakat und Spot*

Botschaft tatsächlich verstanden? <sup>168</sup>	1999	2000	2001
Plakat	48%	nicht erhoben	90%
Spot	82%	95% <sup>169</sup>	87%

Die Spots werden zudem recht schnell verstanden: Nach einmaligem Sehen hat ihn je die Hälfte der Befragten verstanden, weitere rund 30% nach mehrmaligem Sehen oder längerem Nachdenken.

*Darstellung 26: Raschheit der Erfassung der Botschaft*

Botschaft wann verstanden?	1999	2000	2001
Plakat	nicht erhoben	nicht erhoben	nichterhoben
Spot verstanden ...			
... bei erstmaligem Sehen	39% - 53% <sup>170</sup>	nicht erhoben	50% <sup>171</sup>
... nach mehrmaligem Sehen	15% - 21%		21%
... nach längerem Nachdenken	8% - 12%		10%

<sup>168</sup> Richtige Antworten waren: für "Alles im Griff?", für einen massvollen Umgang mit Alkohol, übermässiger Konsum (Rausch) führt zu einem schlimmen Ende

<sup>169</sup> Es wurde allgemein nach "Werbung" gefragt, wobei 70% der Befragten darunter TV-Spots verstehen.

<sup>170</sup> Die Frage wurde für alle 5 verwendeten Spots gestellt.

<sup>171</sup> Es wurde nur ein Spot verwendet.

**Zusammenfassend** lässt sich zum Output festhalten:

- Die Kampagne geniesst breite Akzeptanz und hat ein gutes Image: Sie wird als wichtig, glaubwürdig und gut gemacht beurteilt wird.
- Das Logo und der Name der Kampagne haben ihre Bekanntheit steigern können.
- Die Botschaften der Kampagne werden sehr gut verstanden.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die **Qualität** des Outputs des TP Kampagne, verstanden als Akzeptanz und Verständlichkeit der Botschaften, kann als gut beurteilt werden.

Die **Effizienz** des TP beurteilen wir als hoch.

Als kritisch beurteilt die Evaluation hingegen die **Kohärenz**, die Übereinstimmung der Zielsetzung des Programms mit den Botschaften der Kampagne. 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. 48). Die Botschaften der Kampagne beinhalten nur die Aufforderung zu einem massvollen Umgang mit Alkohol und weisen auf ungute Folgen des Überkonsums hin, sagen aber nie klar, was denn als "zu viel" zu betrachten ist (vgl. S. 18).<sup>172</sup> Die Broschüre "Alkohol –wie viel ist zu viel?", in der das gewünschte Verhaltensziel formuliert ist, ändert daran nichts, da ihre Botschaft von den Botschaften der Kampagne abgekoppelt ist.

Zum andern soll die Kampagne Personen in der motivationalen Phase zum Handeln bringen (vgl. S. 19): Auch dazu fehlen Botschaften, die sich aus Prochaskas Modell ableiten lassen, wie dies verschiedentlich gezeigt wird<sup>173</sup>. 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 Programm und Teilprojekten) sind verstärkt auf die Ziele des Pro-*

---

<sup>172</sup> 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.

<sup>173</sup> (z.B. Grimley et al. 1994)

gramms auszurichten. Es ist für die 2. Phase des Programms ein Re-Design vorzunehmen.

Eine weitere Frage ist die nach der **Zielerreichung**. Die gesetzten Output-Ziele, allgemein beschrieben für alle drei Jahre als "Kino-/TV-Spots, Plakate, Inserate" wurden erreicht. Aus Sicht der Evaluation ist als qualitatives Kriterium das "Botschaftsverständnis" eingeführt worden. Im Hinblick auf dieses Prüfkriterium können die Outputs als sehr gut bezeichnet werden. Dies hat zweifellos damit zu tun, dass die Outputs professionellen Pretests unterzogen und davon ausgehend optimiert werden.

Die **Partneraktivitäten** übernehmen den Output (Plakate) vom TP Kampagne, der in verschiedenen Formaten zur Verfügung gestellt wird. Dieser ist, wie ausgeführt (vgl. oben) als gut zu beurteilen.

Die interne Statistik zeigt, dass von über 50 Institutionen und rund 20'000 Plakate pro Jahr bestellt werden. Angesichts fehlender quantitativer Zielvorgaben kann dieser Output nicht beurteilt werden.

*Darstellung 27: Institutionen und Bestellungen im Jahresvergleich<sup>174</sup>*

	1999	2000	2001
mitmachende Institutionen	111	57	65
bestellte Plakate	60'792	17'859	20'080

Die geringere Zahl der mitmachenden Institutionen wird, gestützt auf telefonische Abklärungen, von den Verantwortlichen damit begründet, dass ein Teil der Institutionen die Plakate von 1999 erst im Jahre 2000 aushängte und somit im Jahre 2000 nicht bestellte oder keine Budgets dafür hatte. Der tiefere Bestelleingang im Jahre 2000 wird mit der geringeren Zahl der mitmachenden Institutionen begründet und mit sehr grossen Bestellungen im Jahre 1999, die auch für einen Einsatz im Jahre 2000 ausreichten.

<sup>174</sup> Partneraktion "Alles im Griff?", interne Arbeitspapiere (1999, 2000, 2001)

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Partneraktivitäten sind kohärent, qualitativ gut und effizient.

*Empfehlungen: Falls die bestehende Konzeption des TP erhalten bleibt, sind die Ziele zu quantifizieren.*

## **6.1.2.2 Teilprojekt Ärzte**

### **6.1.2.2.1 Die Evaluation des Versands von 1999**

Das Alkoholprogramm versandte Ende Oktober 1999 an 5800 AllgemeinpraktikerInnen und InternistInnen mit Praxis einen Leitfaden für das Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn bei Verdacht auf risikoreichem Alkoholkonsum. Anhand einer dem Leitfaden beiliegenden Bestellliste konnten interessierte ÄrztInnen noch weiteres Material zur Unterstützung für solche Gespräche anfordern: Sogenannte Alkoholschieber, welche die Grenze zwischen Genuss und Missbrauch illustrieren, und Wartezimmer-Plakate, welche Hemmungen der PatientInnen abbauen helfen sollten, das Thema anzusprechen.

Mit einer repräsentativen Ärztebefragung wurde die Akzeptanz und der Nutzen des Gesprächsleitfadens und der anderen Materialien sowie der Bedarf an weiteren Hilfsmitteln abgeklärt.<sup>175</sup>

Die **Ergebnisse** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Rund 2/3 der Befragten haben die Broschüre angeschaut und ein Drittel hat sie ganz oder teilweise gelesen.
- Rund 1/5 der Stichprobe konnte mit dem Leitfaden arbeiten und ein Viertel hat den Alkohol-Schieber gebraucht. Von den Plakaten sind nur wenig bestellt worden.
- Die ÄrztInnen waren klar der Meinung, dass Früherkennung von risikoreichem Alkoholkonsum und Kurzintervention ihre Aufgabe ist.
- Der Gesprächsleitfaden und der Alkohol-Schieber wurden als gut beurteilt. Der Leitfaden wurde zwar als wenig hilfreich bezeichnet, aber wohl nur deshalb, weil die ÄrztInnen ihre eigenen Methoden und Erfahrungen haben. Das Plakat wurde selten bestellt. Indirekt könnte dies heissen, dass es als nicht gut beurteilt wird. Wer es jedoch bestellte, hat eine gute

---

<sup>175</sup> Datenquelle XIII (vgl. Darstellung 7)

Meinung davon, und die Hälfte derjenigen, die es aufhängen, hat auch bereits Reaktionen darauf festgestellt.

- Fast die Hälfte der ÄrztInnen thematisierten mehr als fünf mal pro Monat in ihrer Praxis den risikoreichen Alkoholkonsum. Die Begriffe „Kurzintervention“ und „risikoreicher Alkoholkonsum“ sind allerdings zu wenig präzise, um die Zielsetzung des Teilprojekts, die Sensibilisierung der Ärzteschaft, zu quantifizieren.

Es ist zu vermuten, aufgrund der zu wenig detaillierten Fragestellung und auch aufgrund der mittlerweile gemachten Erfahrungen, dass der Begriff "risikoreicher Alkoholkonsum" nicht der im Programm AiG? verwendeten Definition entspricht und die Antworten somit in dieser Hinsicht nicht gültig sind.

- Rund zehn Prozent der Befragten gaben an, auf Grund des Versands ihre PatientInnen häufiger auf den Alkoholkonsum anzusprechen als vorher.
- Der Bedarf an Unterstützungsmaterial ist mehr oder weniger abgedeckt. Für Fortbildungsangebote ist jedoch ein Potenzial vorhanden.
- Fast alle ÄrztInnen hatten sich bereits mit der Alkoholthematik auseinandergesetzt. Geschah dies nicht in ihrer Praxis, dann vor allem im Selbststudium, im Studium oder in einem Kurs.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Aufgrund der Ergebnisse kam die Evaluation zu folgender Beurteilung:

- Die aktive Rolle des Bundes wird von der Ärzteschaft akzeptiert.
- Die Ärzteschaft sieht sich verantwortlich für Früherkennung und Kurzintervention – die Rolle also, die ihr im Alkoholprogramm zugedacht ist. Allerdings ist zu vermuten, dass über die inhaltliche Ausgestaltung dieser Rolle zwischen Programm und Ärzteschaft unterschiedliche Vorstellungen bestehen.
- Der Einsatz eines Massenversandes wird von der Zielgruppe als richtig erachtet.
- Die Erinnerung an den Versand vom Oktober 1999 kann als gut bezeichnet werden.

- Die Beachtung der Broschüre kann ebenfalls als gut beurteilt werden.
- Die Unterstützungsmaterialien werden insgesamt als gut beurteilt. Dies gilt, auch wenn sie teilweise nur wenig genutzt werden, da der Grund für die Nicht-Nutzung meist darin liegt, dass man eigene Vorgehensweisen anwendet.
- Gesamthaft gesehen kann das für den Massenversand gesetzte Ziel der Sensibilisierung der Ärzteschaft als erreicht gelten.

*Empfehlungen:*

- *Die gewählte Strategie ist weiter zu verfolgen.*
- *Die Erwartungen an eine aktive Rolle der Ärzteschaft in bezug auf Früherkennung und Kurzintervention bei risikoreichem Alkoholkonsum sind klarer zu formulieren.*
- *Dieser Klärung entsprechend ist die Nützlichkeit des Leitfadens in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zu erhöhen.*
- *Es ist ein Weiterbildungsangebot auszutesten und einzuführen.*

#### 6.1.2.2.2 *Das Fortbildungsmodul*

Das Modul als wichtigster Output des TP hat sich sowohl in der Praxis als auch in der wissenschaftlichen Diskussion bewährt und ist unbestritten.

Allerdings haben die Erfahrungen dem TP gezeigt, dass die ursprüngliche Idee, die Alkoholprävention "top down" zu den Ärzten zu bringen, nur beschränkt taugt. Es genüge nicht zu sagen, Alkoholprävention macht man so und so. Vielmehr sei eine horizontale Einbettung nötig. So sei einmal vorerst das Verständnis für Risikokonsum zu schaffen und zum andern sei Alkohol nur als ein Beispiel im Kontakt von Arzt und Patient bzw. für den Einsatz der Kurzintervention zu thematisieren.

#### 6.1.2.2.3 *Die Kursnachfrage*

Aus Sicht der Evaluation ist das wichtigste Ergebnis im Bereich des Output die Feststellung, dass die Nachfrage nach der angebotenen Fortbildung deutlich unter den Erwartungen des TP lag. Es erwies sich als wesentlich schwieriger als erwartet, die

Grundversorger in die Kurs zu bringen, obwohl die Qualität der Kurse völlig unbestritten ist.

Nach Ansicht des TP hat das vor allem mit drei Gründen zu tun:

- Die zu Beginn getroffene Annahme, dass **Risikotrinken** als Phänomen bereits bekannt sei, erwies sich als falsch. In Begriffen des Transtheoretischen Modells gesprochen ging man zu Beginn davon aus, dass die Ärzte sich einigermaßen des Problems bewusst seien, sich also in der motivationalen Phase befänden. Tatsächlich aber stellte man fest, dass sie in der Regel in der vormotivationalen Phase standen.
- Dies bestätigt sich auch in der Ärztebefragung 2002176: Obwohl der grösste Teil der Nicht-Teilnehmer das Programm kannte, war nur ein Drittel von ihnen in der Lage, eine richtige Antwort auf die Frage zu geben, was der Begriff des Risikotrinkens bedeutet. Die jüngeren ÄrztInnen kannten den Begriff etwas häufiger als die älteren.
- Ursprünglich wollte man motivierte ÄrztInnen zu handelnden machen, indem man ihnen ein Instrument oder eine Methode, die Kurzintervention, zur Verfügung stellt. Neu geht man im TP davon aus, dass die Ärzteschaft noch zu sehr auf Alkoholmissbrauch fixiert ist, mit all seinen Problemen für den Arzt. Deshalb legen die Kursleiter heute sehr grossen Wert darauf, den Begriff des Risikotrinkens einzuführen, also darauf, die GrundversorgerInnen von der vormotivationalen in die motivationale Phase zu bringen.
- Die **Motivation** für Fortbildung ist geringer als erwartet. Dass für die Fortbildung im Rahmen von AiG? Credits abgegeben werden können, wirkt kaum als Anreiz, sondern wird von den ÄrztInnen viel mehr als Selbstverständlichkeit erachtet.

Ein Grund wird vom TP darin gesehen, dass der Prävention generell in der Grundversorgung in der Schweiz noch ein geringer Stellenwert zu komme und die "Krankheitsorientierung" wesentlicher stärker sei als "Gesundheitsorientierung".

Um mehr darüber zu erfahren, wie denn die Motivation bei den Ärzten ist und wie sie zugunsten von AiG? genutzt werden könnte, wird eine Motivationsstudie durchgeführt.

---

<sup>176</sup> Datenquelle 11 (vgl.

- Das **Angebot** an Fortbildung für Ärzte ist sehr gross und unübersichtlich. Es gibt keine Stelle, welche die Übersicht hat, was auch für die angesprochene Zielgruppe der Ärzte schwierig ist. Um ein weiteres Angebot, wie die Fortbildung zur Kurzintervention zu platzieren und erfolgreich anzubieten, muss der Markt bekannt sein.

Deshalb wurde im Rahmen des TP für ein Gebiet eine detaillierte Analyse des Angebots vorgenommen, um die Auswahlprozesse der Ärzte verstehen und beeinflussen zu können.

Alle drei Gründe machten dem TP rasch klar, dass dem Marketing mehr Bedeutung zukommt, als ursprünglich angenommen. Als **Marketingstrategie** kommt aufgrund der bisherigen Erfahrungen ein "top-down"-Ansatz mit breiter Ausschreibung und starker Werbung nicht in Frage. Die Konkurrenz im Fortbildungsbereich ist zu gross und der Stellenwert des Alkoholprävention zu gering. Zudem können aus finanziellen Gründen keine Nebennutzen angeboten werden wie bspw. durch die Pharmaindustrie. Nötig ist ein Ansatz "bottom-up", indem über lokale und regionale Kontaktpersonen ein massgeschneidertes Angebot erstellt wird.

#### 6.1.2.2.4 Die Kursstatistik

Die Kursstatistiken lassen etwas zu wünschen übrig, vor allem die Daten der verschiedenen Seminarleiter liegen nur teilweise vor.

Die folgende Kursstatistik, erstellt in Absprache mit dem TP, vermag aber dennoch einen Überblick zu geben:

Darstellung 28: Kursstatistik

Typ der Veranstaltung	Anzahl	Dauer/Intensität	Zahl Besucher
<b>2000</b>	<b>12</b>		<b>575</b>
Workshop	8	1 -1½ Std.	405
Seminar	3	2½ - 4 Std.	153
Wissenschaftlicher Kongress	1	2 Tage	17
<b>2001</b>	<b>18</b>		<b>426</b>
Workshop	2	1 Std.	60
Seminar	7	3 - 4 Std.	108
Qualitätszirkel	4	2 Std.	48
Wissenschaftlicher Kongress	1	1 Tag	17
Präsentationen	4	ca. ½ - 1 Std.	193
<b>2002<sup>177</sup></b>	<b>8</b>		<b>265</b>
Seminar	6	½ Tag	95
Wissenschaftlicher Kongress	1	1 Tag	125
Präsentationen	1	1 Std.	45
<b>Total</b>	<b>38</b>		<b>1266</b>

Eine Beurteilung der Statistik fällt schwer, da im Mandat keine quantitativen Ziele gesetzt wurden. Als Annäherung mag die im Projektbeschrieb<sup>178</sup> vom späteren TP-Leiter genannte Erwartungszahl dienen: rund 75 Seminare mit 10-20 Ärzten, d.h. rund 1125 Ärzten total.

Die Kursstatistik zeigt mit 38 Veranstaltungen eine Zielerreichung von 50% bei den Veranstaltungen. Bezüglich der Zahl der Teilnehmenden ist das Ziel zu rund 90% erreicht.

Die Kurse verteilen sich etwa proportional auf die deutsche und die französische Schweiz, schwerpunktmässig finden sie in den Agglomerationen statt.

<sup>177</sup> Stand der durchgeführten und geplanten Veranstaltungen vom 27.08.2002

<sup>178</sup> Stoll (1999)

Ein Vergleich des realisierten mit dem angestrebten Output<sup>179</sup> ergibt folgendes Bild:

*Darstellung 1: Beurteilung des realisierten Output*

<b>Erwarteter Output gemäss Mandat</b>	<b>Realisierter Output</b>
Schaffung eines Netzwerkes von Grundversorgern und andern Gesundheitsfachleuten, die interessiert sind, diese Fortbildung in ihrer Region zu fördern	Netzwerkaufbau nicht gelungen, aber Stab von eigenaktiven "Leaders" vorhanden
Angebot einer Fortbildung für zukünftige Fortbildner (teach on teaching)	erreicht
Organisation von Kursen für GrundversorgerInnen in den Regionen	erreicht
Präsentation des Konzepts und seiner Grundlagen an Kongressen	erreicht
Abklären verschiedener Strategien der "Vermarktung" des Kurses	teilweise erreicht
Umsetzung in Publikationen	teilweise erreicht
Manual für Ärzteschaft	nicht erreicht

Zur internen und externen Kommunikation wurde im weiteren ein Newsletter ("Flaschenpost") geschaffen, der mittlerweile in der 4. Ausgabe erschienen ist. Die Auflage beträgt 500 Exemplare in Deutsch und 300 in Französisch.<sup>180</sup> Die "Flaschenpost" kann auch über die Website von "Alles im Griff?" abgerufen werden. Die Adressen der Kursbesucher werden aber noch nicht systematisch in die Adresskartei aufgenommen.

#### 6.1.2.2.5 Die Kursbeurteilungen

In der Regel soll im Anschluss an die Worskops und Seminare eine kurze schriftliche **ad hoc-Kursbeurteilung** durch die Teilnehmenden vorgenommen werden. Dies wird aber offenbar nicht systematisch gemacht. Die vorhandenen Kursbeurteilun-

<sup>179</sup> Vertrag des BAG mit der Université de Genève, Institut de médecine sociale et préventive CMU, vom 15.05.2000

<sup>180</sup> Adressaten sind: Moderatoren der Qualitätszirkel, Präsidenten der kantonalen Ärztesellschaften, Präsidenten und Fortbildungsverantwortliche der Fachgesellschaften, ehemalige Seminarteilnehmer, interessierte Institutionen, Suchtberatungs- und Fachstellenmedizinische Presse etc.

gen sind in der Regel beim jeweiligen Seminarleiter, der sie für seine Zwecke auswertet und bei sich aufbewahrt.

Eine Sekundäranalyse dieses Materials war in 3 Fällen möglich. Diese Stichprobe bestätigt die Aussage der TP-Leitung, dass die Beurteilungen insgesamt gut bis sehr gut ausfallen.

Im Rahmen der Befragung von Kursteilnehmenden wurde auch die Frage nach der **nachträglichen Kursbeurteilung** gestellt. Es handelt sich dabei um eine Beurteilung im Rückblick einiger Monate bis 1½ Jahre.

Die **Gesamtbeurteilung** der Kurse durch die teilnehmenden Ärzte fällt sehr gut aus. Knapp zwei Drittel der Teilnehmer (59%) haben diese als "sehr gut" und ein Drittel (39%) als "eher gut" beurteilt. Als "eher schlecht" bewertete nur eine einzelne Person die besuchte Veranstaltung. In der Deutschschweiz (Mw 3.7<sup>181</sup>) wurden die Veranstaltungen besser beurteilt als in der Westschweiz (Mw 3.5).

Vier Fünfteln der befragten Teilnehmer (82%) hat der Kurs bzw. der Qualitätszirkel konkret **geholfen** und gezeigt, wie die in Frage kommenden Patienten angesprochen werden können. Dabei zeigt sich ein markanter regionaler Unterschied: Während 95% der Westschweizer ÄrztInnen angeben, dass die Veranstaltung beim Ansprechen geholfen hat, finden dies in der Deutschschweiz deutlich weniger (72%) Personen. Möglicherweise hat das mit der auch von Kursleitern festgestellten grösseren Bereitschaft zu interaktivem Arbeiten in der Romandie zu tun.

Die **Rollenspiele** wurden nicht ganz so positiv aufgenommen wie die Veranstaltung insgesamt. Ein Fünftel beurteilte sie als "sehr gut" und doppelt soviel als "eher gut", während fast ein Drittel der Befragten keine Angabe dazu machte. Dies war bei TeilnehmerInnen eines Qualitätszirkels besonders häufig der Fall.

Zwei Drittel der Befragten haben durch die besuchte Veranstaltung eine **neue Perspektive** auf das "Risikotrinken" gewonnen. Diese Befragten geben auch häufiger als die anderen an, dass ihnen die Veranstaltung beim Ansprechen von Patienten geholfen hat. Zudem haben die Teilnehmer eines Qualitätszir-

---

<sup>181</sup> Mittelwert (Mw) auf einer 4-stufigen Skala, wobei 1 = "sehr schlecht" und 4 = "sehr gut"

kels etwas häufiger angeben, eine neue Perspektive gewonnen zu haben (75%) als die, die an einem Kurs teilgenommen haben (66%).

Die Fortbildung erweist sich als **praxisgerecht**. Die Teilnehmenden attestieren dem Kurs, dass er gut mit den in der Praxis gemachten Erfahrungen übereinstimmt: Ein Viertel der Teilnehmer findet, dass sich das, was am Kurs gelehrt wurde, völlig mit den Praxiserfahrungen deckt. Für die anderen zwei Drittel decken sich die Praxiserfahrungen immerhin teilweise.

#### 6.1.2.2.6 Die Nicht-Teilnahme

Der am häufigsten genannte **Grund**, nicht an den von AiG? angebotenen Fortbildungskursen, Qualitätszirkeln oder Vorträgen teilzunehmen, lautet „keine Zeit“ (38%). Der zweithäufigste Grund (22%) liegt darin, dass die Befragten zu viel mit anderen Fortbildungsangeboten beschäftigt sind. Nur sehr wenige (4%) gaben als Grund an, sie erachteten Risikotrinken als unwichtiges Problem. Daneben gab es eine beträchtliche Zahl unterschiedlicher Einzelnennungen ("Anderes" 31%), wie bspw. kein Bedarf, kein Interesse, keine Einladung erhalten.

Fast alle befragten Ärzte und Ärztinnen gaben an, regelmässig **Fortbildungskurse** zu besuchen (94%).

Alle Befragten Nicht-Teilnehmer haben zusammen mit einer Einladung zu einer Fortbildungsveranstaltung **Unterlagen** erhalten, die über risikoreiches Trinkverhalten informieren. An die Einladung bzw. die Unterlagen konnten sich zwei Drittel der Befragten (68%) **erinnern**, die jüngeren etwas häufiger als die älteren. **Gelesen** haben die Unterlagen 40% der Befragten, häufiger die Frauen als die Männer und häufiger Befragte, die regelmässig Fortbildungsveranstaltungen besuchen, als die anderen.

Die Unterlagen werden von 21% derjenigen, die sie gelesen haben, als "sehr gut" und von 46% als "eher gut" bezeichnet.<sup>182</sup>

Obwohl der grösste Teil der Nicht-Teilnehmer das Programm nach eigenen Angaben kannte, war nur ein Drittel von ihnen in

---

<sup>182</sup> Mw=3.2 auf einer 4-stufigen Skala, wobei 1= sehr schlecht und 4=sehr gut.

der Lage, eine richtige Antwort auf die Frage zu geben, was der Begriff **Risikotrinken** bedeutet. Die jüngeren ÄrztInnen kannten den Begriff etwas häufiger als die älteren.

Immerhin ein Viertel der Nicht-TeilnehmerInnen gab an, die Methode der **Kurzintervention** bei Risikotrinkern zu kennen, die Ärzte häufiger als die Ärztinnen.

#### 6.1.2.2.7 Zusammenfassung

Das **Fortbildungsmodul** als wichtigster Output des TP hat sich sowohl in der Praxis als auch in der wissenschaftlichen Diskussion bewährt und ist unbestritten. Die **Kursbeurteilungen** in einem Rückblick<sup>183</sup> nach längerer Zeit fallen "sehr gut" (60%) bzw. "eher gut" (39%) aus. Vier Fünfteln (82%) der befragten Teilnehmer hat der Kurs bzw. der Qualitätszirkel konkret geholfen und gezeigt, wie risikoreich konsumierende Patienten angesprochen werden können. Er wird als praxisgerecht beurteilt, denn für 27% der Kursbesuchenden decken sich die selber gemachten Erfahrungen "völlig" mit dem, was im Kurs gelernt wurde, für 65% "teilweise".

Aus Sicht der Evaluation das wichtigste Ergebnis im Bereich des Output ist die Feststellung, dass die **Nachfrage** nach der angebotenen Fortbildung deutlich unter den Erwartungen des TP lag. Es erwies sich als wesentlich schwieriger als erwartet, die Grundversorger in die Kurse zu bringen, obwohl die Qualität der Kurse völlig unbestritten ist.

Nach Ansicht des TP hat das vor allem mit drei Gründen zu tun:

- Die anfangs getroffene Annahme, dass Risikotrinken als Phänomen bereits bekannt sei, erwies sich als falsch. Dies bestätigt sich auch in der Ärztebefragung 2002:
- Die Motivation für Fortbildung ist geringer als erwartet. Ein Grund wird vom TP darin gesehen, dass der Prävention generell in der Grundversorgung in der Schweiz noch ein geringer Stellenwert zukomme.
- Das Angebot an Fortbildung für Ärzte ist sehr gross und unübersichtlich, neue Angebote sind nur schwer sichtbar.

---

<sup>183</sup> Telefonische Befragung von Ärzten, die an eine Fortbildung eingeladen wurden und daran teilgenommen bzw. nicht teilgenommen haben.

Alle drei Gründe machten dem TP rasch klar, dass dem **Marketing** mehr Bedeutung zukommt, als ursprünglich angenommen. Die Ergebnisse einer Befragung von nicht-teilnehmenden Ärzten bestätigen diese Vermutungen: Als wichtigste Gründe für Nicht-Teilnahme werden "keine Zeit" und "zu viel andere Fortbildung" genannt.

Die **Kursstatistik** zeigt mit 38 Ausbildungsveranstaltungen und 1266 Teilnehmenden eine Zielerreichung von rund 90%, gemessen an der Zahl der Teilnehmenden. Die Kurse verteilen sich etwa proportional auf die deutsche und die französische Schweiz, schwerpunktmässig finden sie in den Agglomerationen statt.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Der Output des TP Ärzte ist aus der Sicht der Evaluation mit den Zielen des Alkoholprogramms **kohärent**. Die **Qualität** und die **Effizienz** beurteilen wir als gut.

Die Schwäche des TP Ärzte liegt in der zu geringen Nachfrage und das in einem stark gesättigten und unübersichtlichen Fortbildungsmarkt.

*Empfehlung: In erster Linie ist das Marketing des TP zu verstärken, was zusätzliche Ressourcen erfordert.*

Das Potenzial für die Fortbildungskurse scheint angesichts der geringen Motivation zur Fortbildung im Bereiche der Prävention beschränkt zu sein. Es fragt sich deshalb, ob es nicht andere Zielgruppen oder indirekte Strategien geben könnte. Die Methode der Kurzintervention ist unseres Erachtens nicht thematisch gebunden, sondern kann als Methode praktisch beliebig eingesetzt werden.

*Empfehlung: Es ist abzuklären, ob an Stelle der Alkoholprävention nicht die Methode der Kurzintervention in den Vordergrund zu stellen ist. Es würde also nicht Alkoholprävention vermarktet, sondern eine Methode.*

Die interne Statistik in einem dezentralen Projekt ist zwar nicht einfach, aber angesichts der besonderen Situation des TP besonders wichtig.

*Empfehlung: Die interne Statistik (Kurse, Kursbesucher etc.) ist im Hinblick auf Controlling und Evaluation zu verbessern und zu systematisieren, ohne den administrativen Aufwand zu erhöhen.*

### 6.1.2.3 Teilprojekt Internet

Der Output entstand bei diesem Teilprojekt unmittelbar aus der Umsetzung, so dass die Abgrenzung von der Umsetzung (vgl. S. 120) nicht eindeutig ist.

Der Output besteht bei diesem TP aus der Website. Somit kann festgehalten werden, dass das gewünschte Produkt erstellt wurde, technisch funktionsfähig war und auch die technischen Umbauten sowie die Neuausrichtung erfolgreich realisiert wurden.

Die Jahresziele bezogen auf den Output wurden aus der Sicht der Evaluation mehrheitlich erreicht.

*Darstellung 29: Zielerreichung im TP Internet*

Jahr	Ziel	Zielerreichung
1999/2000	Aufbau der Homepage	Erreicht
2001	Überarbeitung in einer den unterschiedlichen Zielgruppen adäquaten Form	Erreicht
	Homepage als Teil des Programms erkennbar	Erreicht
	Implementierung "Content Sharing"/Portalfunktion	Erreicht
	Adaptationen der unterschiedlichen und wechselnden Bedürfnisse des Programms	Nicht beurteilbar
2002	Überarbeitung/Umbau der Homepage mit Fokus auf den Fun-Bereich	Erreicht
	Laufende öffentliche Programm-Dokumentation	Eher nicht erreicht

Die Anpassung der "alten" Website an die unterschiedlichen Bedürfnisse ist schwierig zu beurteilen, da klare Zielvorgaben bzw. Formulierungen solcher Bedürfnisse fehlten. Die Dokumentation des Programms erfolgt zu wenig systematisch und in

zu langem Rhythmus, um als "laufend" bezeichnet werden zu können.

Als wichtiger Output der 2. Phase des TP kann das Spiel Spacebar (vgl. S. 120) betrachtet werden. In Ermangelung einer allgemein gültigen standardisierten Beurteilung des Spiels kann auf die dokumentierten Kommentare der Nutzer zurückgegriffen werden. Die überwiegende Mehrheit der Kommentare äussert sich positiv bis begeistert.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Der Output des TP Internet ist aus unserer Sicht mit den Zielen **kohärent**, fraglich ist hingegen die Kohärenz der Ziele des TP mit den Zielen des Programms selber (vgl. 4.2.3).

Das TP Internet ist in bezug auf den Output als gut gelungen und **qualitativ** gut zu bezeichnen. Die Gestaltung der Website ist sehr professionell und die Interaktivität der Website ist ebenfalls überdurchschnittlich. Die **Effizienz** beurteilen wir als gut.

*Empfehlung: So lange die konzeptuellen Fragen nicht geklärt sind, sollen die Investitionen in den Output minimal gehalten sein.*

Gemäss Vertrag<sup>184</sup> sollte die neue Website "Portalfunktion für Alkoholprävention" erhalten.

Die Analyse ergibt, dass die Homepage selber kaum Portalfunktion hat, und auch nicht so auftritt – wie vergleichsweise die Homepage von STOP AIDS ("Das Schweizer Portal zu HIV & Aids").

Programintern ist die Portalfunktion kaum wahrgenommen. Die Verweise auf das Ärzteprojekt und das Gemeindenprojekt führen lediglich zu einem statischen Beschrieb des jeweiligen Teilprojekts, beim Hausarztprojekt wird zudem der Newsletter "Flaschenpost" angeboten. Die Website bietet weder eine Weiterführung zu konkreten Aussagen für Interessierte noch eine Plattform für den Informationsaustausch.

---

<sup>184</sup> Vertrag vom 15.11.2001

Zudem sind bei einer Suche<sup>185</sup> die Verweise auf "Alles-im-Griff?" nicht dominant. Im Vergleich dazu platziert sich die SFA wesentlich besser. Auch von einer auf der ersten Seite gefundenen Adresse mit dem Stichwort BAG führt kein Link zu "Alles-im-Griff?".

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Website besitzt aus unserer Sicht nicht die angestrebte Bedeutung. Ob die Gründe dafür auf der Ziel- oder der Mittelebene liegen, ist nicht klar.

*Empfehlung: Es ist im Rahmen der Überprüfung der des TP Internet zu klären, ob die Portalfunktion als Ziel beibehalten werden soll.*

#### **6.1.2.4 Teilprojekt Gemeinden**

Die mit der Durchführung des Teilprojekts beauftragte Organisation tritt nicht direkt mit den Gemeinden als Zielgruppe in Kontakt, sondern nur durch die Vermittlung regionaler oder lokaler Fachstellen. So ist vorerst zu klären, was denn der Output ist.

Wir verstehen im Sinne der Logik des Wirkungsmodells unter Output:

- in erster Linie die Rekrutierung der Fachstellen und der Gemeinden,
- sowie die materiellen Produkte des TP wie Einladungsverfahren und -briefe, Testkäufe, Events, Erfa-Tage, Handbuch etc.

Von den Behörden verabschiedete lokale Alkoholpolitiken hingegen, die das Ziel des TP darstellen sowie andere Aktivitäten der Gemeinde auf dem Weg zu diesem Ziel verstehen wir als Outcome.

Die **Qualität** der Kontaktierung durch das TP wurde von den Fachstellen allgemein gut beurteilt.<sup>186</sup> Deren Vorgehen gegen-

---

<sup>185</sup> Konkret wurde gesucht mit google.ch und dem Stichwort "Alkohol"

<sup>186</sup> Datenquelle 14 (vgl. Darstellung 6)

über den Gemeinden wurde ebenfalls als "eher gut oder "sehr gut" bezeichnet.<sup>187</sup>

Positiv wurden erwähnt die Fachkompetenz, die gute Begleitung, die Unterlagen und die Förderung der Zusammenarbeit.

Der Output erfüllt die quantitativen Zielsetzungen ganz und die qualitativen mehrheitlich:

- Fachstellen sind auf Anrieb in der genügenden Anzahl rekrutiert worden, um die gewünschte Zahl von Gemeinden zu erhalten.
- In 21 Gemeinden<sup>188</sup> sind Projekte angelaufen. Es sind Arbeitsgruppen an der Arbeit, die vom TP begleitet und beraten und für bestimmte Aktivitäten teilweise auch finanziell unterstützt werden.
- Es wurde ein Prospekt erarbeitet und breit gestreut, der das TP darstellt. Zudem wurden 16 Informationsblätter geschrieben, als Vorarbeit für das auf Ende Jahr 2002 vorgesehene Handbuch.
- Es fand in der Deutschschweiz und der Romandie je zweimal ein Erfahrungsaustausch zwischen den beteiligten Fachstellen und Gemeinden statt.
- Die ursprünglich vorgesehenen Events, Testkäufe und interaktiven Veranstaltungen kamen kaum zum Einsatz. Im kommenden Herbst/Winter 2002 kommen in einer Reihe von Gemeinden Anlässe und Aktionen zur Durchführung.

Die mangelnde Zielerreichung im qualitativen Bereich hat damit zu tun, dass es kaum gelungen ist, auch Gemeinden zu gewinnen, die noch nicht sensibilisiert oder gar widerspenstig sind. Das TP hatte bewusst angestrebt, Gemeinden in der vormotivationalen Phase zu rekrutieren und nicht einfach nur schon problembewusste Gemeinden (motivationale Phase) anzusprechen. Die Erfahrung zeigte aber, dass die Fachstellen, die häufig von Gemeindeverbänden getragen werden, nicht bereit waren, sich auf konfliktrträgliche Vorhaben einzulassen.

---

<sup>187</sup> Datenquelle 15 (vgl. Darstellung 6). Auf Grund des schwachen Rücklaufs von nur 25% sind die Beurteilungen mit Vorsicht zu interpretieren.

<sup>188</sup> Davon arbeiten 5 als Bezirk mit, so dass faktisch 17 lokale Partner angesprochen wurden.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Der Output entspricht dem Konzept des Teilprojekts, **Kohärenz** ist gegeben. Die **Qualität** des Vorgehens ist als gut zu betrachten. Die Arbeit des TP betrachten wir als **effizient**.

*Empfehlung: Für die Implementationsphase sind keine Veränderungen des Outputs nötig.*

Die quantitativen Ziele des Pilotprojekts sind erreicht worden, der gewählte Weg hat sich als richtig und gangbar erwiesen.

Der Verzicht auf die Ansprache von Gemeinden in der vormotivationalen Phase ist aus Sicht der Evaluation vor dem Hintergrund der gewählten Strategie "bottom-up" und der regionalen oder lokalen Einbettung im Rahmen des Pilotprojekts vertretbar. Zwar geht es im Pilotprojekt darum, Erfahrungen zu sammeln, aber zugleich muss Verzettlung der Kräfte vermieden werden. Deshalb ist angesichts der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit, der Entscheid auch aus dieser Perspektive vertretbar.

In der Fortsetzung des Projekts (Implementationsphase) muss aus unserer Sicht dieses Problem jedoch angegangen werden, da man sonst eine möglicherweise zu grosse Einschränkung des Potenzials in Kauf nimmt. Es liegt nahe, statt des indirekten Wegs über lokale Partner den direkten Weg zu wählen und die Gemeinden vom TP aus anzusprechen. Allerdings müssen die Partner auch in diesem Fall miteinbezogen werden, damit sie sich nicht querlegen.

*Empfehlung: Im Falle von nicht-motivierten Gemeinden sind im Rahmen der Implementationsphase versuchsweise direkte Interventionen bei den Gemeinden auszutesten.*

Der Übergang von der Pilotphase zur Implementationsphase, in der grössere Breitenwirkung angestrebt wird, beinhaltet unseres Erachtens ein Risiko. Das Risiko nämlich, Neues zu beginnen bevor das Alte ganz abgeschlossen ist, d.h. neue Prozesse anzustossen, bevor sie in den Gemeinden der Pilotphase abgeschlossen sind. Zudem muss unseres Erachtens das TP auch den Vollzug begleiten und evaluieren oder den Gemeinden dafür die Instrumente bereitstellen.

*Empfehlung: Die Aktivitäten des TP sind vorderhand auf die Gemeinden der Pilotphase zu fokussieren bis die Ziele erreicht sind, sofern nicht wesentlich mehr Mittel zur Verfügung stehen.*

Der vorläufige Verzicht auf die ursprünglich vorgesehenen Aktionen war angesichts der unterschiedlichen Entwicklungen in den Zielgemeinden situationsgerecht.

#### **6.1.2.5 Teilprojekt Helpline**

Der Output oder die Leistung des TP Helpline besteht in erster Linie im Angebot einer Telefonnummer. Dieses Angebot wurde mit der Umsetzung im Rahmen von Telefon 143 erreicht.

Darüber hinaus können nun aber die projektspezifischen Zielsetzungen im Zusammenhang mit diesem Angebot als Output verstehen und untersuchen:

- Wurde die Nummer bekannt gemacht?
- Wurde die existierende Nummer 143 ausgebaut in eine nationale Hotline?
- Wurde mit speziell geschulten AnrufbeantworterInnen gearbeitet, welche eine Triage bei Alkoholfragen vornehmen?
- Haben die Anrufenden innerhalb von 10 Minuten die gewünschte Auskunft beziehungsweise Kontaktadresse erhalten?

Die Nutzung des Angebots wird dann als Auswirkung verstanden und unter 6.2.2.5 dargestellt.

Die **Nummer** wurde zwar im Rahmen der Kampagne verbreitet, aber ob sie dadurch bekannter wurde, das heisst ob sie verstärkt wahrgenommen wurde, lässt sich aufgrund der Autoevaluation nicht schlüssig beantworten.

Das quantitative Ziel kann ebenfalls nicht beurteilt werden, vor allem weil der „definierte Anteil“ nicht konkretisiert wurde.<sup>189</sup> Nach der Bewerbung wurden Daten zu den alkoholbezogenen

---

<sup>189</sup> Quantitative Zielsetzung: Ein definierter Anteil der Bevölkerung hat Kenntnis davon, dass es ein Nationales Beratungstelefon gibt, welches eine kompetente Auskunftsstelle für Alkoholbelange ist.

Anrufen erhoben. Allerdings konnte keine Zunahme solcher Anrufe festgestellt werden.<sup>190</sup>

Das Ziel "Ausbau zu einer **nationalen Hotline**" ist aus Sicht der Evaluation nicht erreicht worden. Es gelang weder strukturell-organisatorisch noch inhaltlich, die Nummer 143 wirksam auf die Bedürfnisse des Programms anzupassen (vgl. auch **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Auch die "alkoholbezogene" Nutzung der Nummer 143 hat sich nicht verändert. Dies erstaunt nicht, da es vermutlich nicht gelungen ist (vgl. oben) die Bekanntheit der Nummer zu erhöhen.<sup>191</sup>

Die Ergebnisse der Autoevaluation der SFA zeigen, dass die Anzahl Anrufe pro Tag bei Telefon 143 während der Zeit, in der die Plakat-Kampagnen zum Projekt "Alles im Griff?" liefen, nicht wesentlich zugenommen hat. Zwar lassen sich einige Schwankungen ausmachen bezüglich dem Anteil Anrufe, in denen Alkoholprobleme thematisiert wurden, doch es ist gemäss der Autoevaluation<sup>192</sup> nicht möglich, diese Schwankungen direkt auf die Kampagne "Alles im Griff?" zurückzuführen.

Die Alkoholproblematik ist einer der Schwerpunkte in der Ausbildung der **AnrufbeantworterInnen**. In den Regionalstellen wird regelmässig zum Thema Alkohol Weiterbildung betrieben, im Jahr 2000 zusätzlich unterstützt durch den von AiG? zur Verfügung gestellten finanziellen Betrag.

Da nur passiv Daten<sup>193</sup> erhoben wurden, lässt sich nichts darüber aussagen, wie zielgerichtet und professionell die AnrufbeantworterInnen die Personen beraten konnten, die wegen Alkoholproblemen angerufen haben.

Es lässt sich aufgrund der Autoevaluation nicht überprüfen, ob die Anrufenden während der Erhebungsphase des Teilprojekts Nationales Beratungstelefon in der **geforderten Zeit** die gewünschte Auskunft beziehungsweise eine Kontaktadresse erhalten haben. Allerdings zeigt die konkrete Tätigkeit des

---

<sup>190</sup> Maffli et al. (2001)

<sup>191</sup> Die Bekanntheit der Nummer konnte mit dem Untersuchungsdesign nicht direkt gemessen werden.

<sup>192</sup> vgl. Maffli et al. (2001)

<sup>193</sup> Datenquelle XIV (vgl. Darstellung 7)

Telefons 143, dass die Vermittlung von Fachleuten offensichtlich eine eher geringe Rolle spielt. Dies wiederum verringert die Bedeutung der erwähnten Zielsetzung. Somit ist auch das Fehlen entsprechender Daten zur Überprüfung nicht gravierend.

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die projektspezifischen Ziele sind, soweit beurteilbar, nicht erreicht worden:

- Es ist nicht gelungen, die existierende Nummer 143 bekannter zu machen und in ein Nationales Beratungstelefon auszubauen.
- Die Erreichung der beiden andern Ziele kann wegen fehlender Daten nicht beurteilt werden.

Insgesamt muss geschlossen werden, dass das Teilprojekt kaum einen Beitrag zur Zielerreichung des Alkoholprogramms leisten konnte.

### **6.1.3 Zusammenfassende Beurteilung**

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Insgesamt kann der Output des Alkoholprogramms, mit Ausnahme der Botschaften des TP Kampagne, als **kohärent** beurteilt werden. Die **Qualität** des Outputs der Teilprojekte ist allgemein gut bis sehr gut und die Arbeit ist **effizient**, 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.*

## **6.2 Die Auswirkungen des Programms (Outcome)**

Für die Beurteilung des Outcome des Programms im Sinne der erbrachten Leistungen des Programms werden zwei Kriterien verwendet:

- **Effektivität** fragt, in welchem Ausmass die Ziele eines Programms erreicht werden.

- **Nachhaltigkeit** fragt nach der Dauerhaftigkeit des erzielten Nutzens und der Auswirkungen.

## 6.2.1 Ebene Programm

### 6.2.1.1 Medienkonferenzen

Die im vorangehenden Kapitel geschilderten zahlenmässig geringen Aktivitäten des Programms, d.h. die **Medienkonferenzen** haben die erwartete Wirkung gehabt, in dem Sinne als darüber berichtet worden ist.

Es liegen dazu so genannte "Erfolgskontrollen", in denen Auflage und Volumen der abgedruckten Artikel bzw. die Beiträge der elektronischen Medien mit der Beitragslänge ausgewiesen sind.

Aus Sicht der Evaluation sind diese Zahlen aber nicht interessant, und eine inhaltsanalytische Auswertung der Artikel fehlt. Allein diese könnte Erkenntnisse zum Impact vermitteln. Es seien der Illustration halber nur einige zufällig ausgewählte Schlagzeilen im Nachgang zur Medienkonferenz vom 5. April 2001 aufgezählt:

- *Teilerfolg gegen Alkohol*
- *Alkoholpreise tiefer – Konsum höher*
- *Die Zwischenbilanz: "Prävention wirkt"*
- *Männer trinken zu viel*
- *Alkohol: Frauen vernünftiger*
- *Billigalkohol schwächt Prävention*
- *Noch nicht alles im Griff*
- *Männer schauen zu tief ins Glas*
- *Kampf den Risikotrinkern (Titel des Kommentars: Nichts im Griff!)*

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Medienkonferenzen haben in quantitativer Hinsicht ihr Ziel sicher erreicht, aber ob sie es auch inhaltlicher Sicht **effektiv** waren, ist fraglich. Nachhaltigkeit kann nicht erwartet werden, so dass dieses Kriterium hier entfällt.

*Empfehlung: Anstelle einer quantitativen Auswertung der Medienkonferenzen empfehlen wir eine inhaltliche Aufarbeitung der publizierten Artikel und Kommentare. Daraus lässt sich sowohl mehr über die Aufnahme des Programms allgemein als auch für die Medienarbeit im besonderen lernen.*

### 6.2.1.2 Auswirkungen auf die Präventions- und Suchtfachleute

Die **Wirkung des Programms auf die Fachleute** kann als zweiter Hinweis auf den Impact des Programms verstanden werden. Gut die Hälfte der 81 befragten Präventions- und Suchtfachleute<sup>194</sup> gibt an, dass das Alkoholprogramm ihre Arbeit beeinflusst hat. Bei den ausschliesslich im Alkoholbereich tätigen Personen liegt der Anteil mit 65% noch etwas höher. Es ist zudem ein deutlicher Unterschied zwischen der deutschen und der lateinischen Schweiz fest zu stellen.

*Darstellung 30: Einfluss des Programms auf die Arbeit der Präventions- und Suchtfachleute (Basis 81 Befragte)*

Hat "Alles im Griff?" in irgendeiner Form Ihre Arbeit beeinflusst?	Schweiz total (n=81)	deutsche Schweiz (n=62)	französ. Schweiz (n=17)	italienische Schweiz (n=2)
ja	53%	61%	29%	0%
nein	45%	37%	71%	100%
weiss nicht/keine Antwort	1%	2%	0%	0%

Der Einfluss von AiG? wird vielfältig beschrieben, kein Einfluss wird von mehr als 26% der Fachleute genannt, andererseits äussert sich nur eine Person kritisch.

<sup>194</sup> Datenquelle 5 (vgl. Darstellung 6)

Darstellung 31: Auswirkung des Programms auf die Fachleute

Auswirkungen (Basis: 43 Befragte, Mehrfachnennungen möglich)	Anzahl Nennungen <sup>195</sup>
Unterstützung für die eigene Arbeit, z.B. Plakate von AiG? übernommen und Aushang in Institutionen, Firmen, Gaststätten und Sportzentren <sup>196</sup>	11
Zunahme der Klientel: Betroffene oder Angehörige kommen bei der Fachstelle vorbei und reden über das Programm, teilweise wollen sie wissen, ob sie auch vom Risikokonsum betroffen sind.	10
Motivation für die eigene Arbeit wurde gesteigert, Folgeprojekte wurden lanciert	7
Die Risikokonsumierenden werden in der eigenen Arbeit bewusster wahrgenommen	4
Material als Hilfsmittel (Broschüre, Alkoholschieber) für die eigene Tätigkeit, in der Sensibilisierung und Selbstkontrolle wichtige Themen sind	4
Die Unterstützung des BAG und die Teilprojekte sind sehr hilfreich und positiv	4
Zusammenarbeit mit dem Kanton wurde gefördert	2
Ein Wertwandel hat stattgefunden; auf politischer Ebene wurde über Alkohol gesprochen	2
Das Programm hat vor allem viel Arbeit gegeben, aber es sind nicht mehr Anfragen gekommen	1

Das Programm hat also nach drei Jahren Laufzeit bei gut der Hälfte der befragten Fachleute eine fast durchwegs positive Wirkung gezeigt.

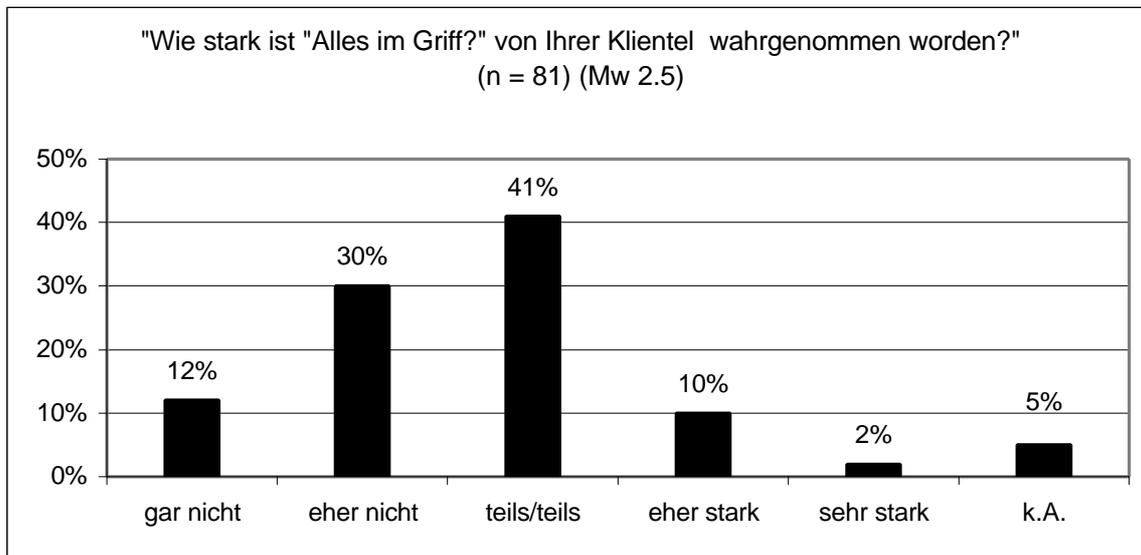
Gut die Hälfte (53%) der Fachleute meint, dass AiG? von ihrer **Klientel** zumindest teilweise wahrgenommen wurde, 42% verneinen das und 5% geben keine Antwort. Zehn Fachleute (12%) nehmen gar einen "eher starken" oder "sehr starken" Einfluss auf ihre Klientel an, die nun ihren eigenen Alkoholkonsum oder jenen von Angehörigen kritisch hinterfrage.

Wo Reaktionen der Klientel wahrgenommen wurden, waren sie gemäss den Angaben der Fachleute zu zwei Dritteln eher positiv, ein Drittel eher skeptisch bis abweisend.

<sup>195</sup> Insgesamt 45 Nennungen.

<sup>196</sup> Hier spiegeln sich die Partneraktivitäten wider.

Darstellung 32: Wahrnehmung des Programms durch die Klientel der Fachstellen (Basis: 81 Befragte)



Wichtiger als die Frage nach dem Einfluss von AiG? auf die Arbeit der Fachleute ist die Frage, ob ihnen das Alkoholprogramm einen **konkreten Nutzen** gebracht hat oder nicht.

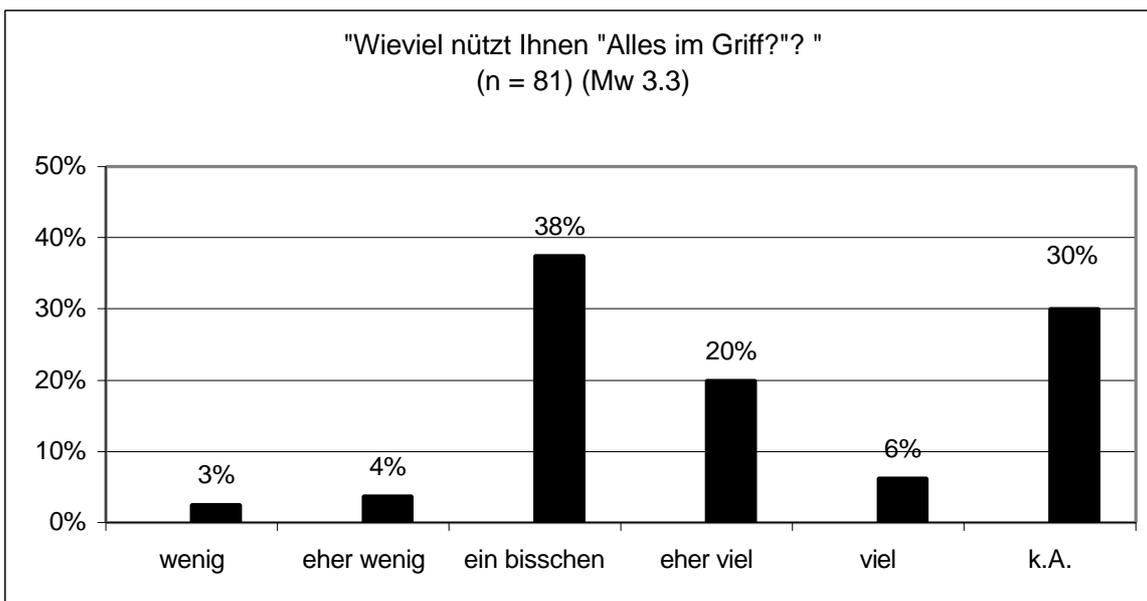
Vorerst fällt auf, dass diese Frage von mehr Fachleuten positiv beantwortet wurde als jene nach der Wirkung, nämlich von 72% gegenüber 53%. 26% gaben an, dass AiG? keinen Nutzen bringe, 2% wussten es nicht. Zwischen den Sprachregionen besteht wiederum ein Unterschied. Die Antwortenden aus der Deutschschweiz bejahten zu 79%, jene aus der Westschweiz zu 53%, die Befragten aus dem Tessin verneinten die Frage. Die nächste Darstellung zeigt, wie viel AiG? den Fachleuten nützt.

Darstellung 33: Nutzen des Programms für die Fachleute

"Nützt Ihnen Alles im Griff?"	Schweiz total (n=81)	deutsche Schweiz (n=62)	französ. Schweiz (n=17)	italienische Schweiz (n=2)
ja	72%	79%	53%	0%
nein	26%	19%	41%	100%
weiss nicht/keine Antwort	2%	2%	6%	0%

Wer einen Nutzen bejahte wurde anschliessend gefragt, wie viel das Programm denn nütze. "Viel" oder "eher viel" Nutzen haben 26%<sup>197</sup> aller befragten Fachleute, 37% nützt das Alkoholprogramm "ein bisschen". Wenig Nutzen sehen 37%, denn wer die Frage nicht beantworten kann (30%), nimmt offensichtlich auch keinen Nutzen wahr.

*Darstellung 34: Ausmass des Nutzens für die Fachleute  
(Basis 81 Befragte)*



Weiter wurde nach der **Art des Nutzens** gefragt, wobei den Befragten verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgeschlagen wurden. Dabei zeigte sich, dass AiG? vor allem neue Ideen für die eigene Arbeit liefert und die Akzeptanz der Fachleute und ihrer Arbeit zu steigern hilft. Die verbesserte Akzeptanz bezieht sich jedoch nur bei wenigen auf vorgesetzte Stellen. Teilweise konnte dank AiG? auch eine neue Klientel gewonnen und eine neue Zielgruppe erschlossen werden.

<sup>197</sup> Die Werte sind zur besseren Vergleichbarkeit auf die Gesamtheit aller Befragten prozentuiert. Bezogen nur auf die Fachleute, die überhaupt einen Nutzen sehen, sind es 36%.

**Darstellung 35: Art des Nutzens für die Fachleute**

(Basis 81 Befragte)

<b>Nennungen</b> (Mehrfachnennungen)	<b>%</b> <sup>198</sup>
Neue Ideen für die Arbeit	41%
Mehr Akzeptanz	36%
Neue Klientel	25%
Neue Zielgruppe	22%
Aufwertung gegenüber vorgesetzten Stellen	16%
Anderes	9%
keine Antwort	25%

**Beurteilung und Empfehlungen**

Das Programm hat keine Ziele für die Auswirkungen auf die Fachleute der regionalen und lokalen Fachstellen formuliert, so dass sich die **Effektivität** nicht direkt beurteilen lässt. Dennoch lassen sich Auswirkungen feststellen.

Dass AiG? nach knapp drei Jahren bei gut der Hälfte der befragten Fachleute auf irgendeine Weise die Arbeit **beeinflusst**, darf man erwarten. Die fast ausschliesslich positiven Kommentare bestätigen, dass das Alkoholpräventionsprogramm AiG? bei den Fachleuten akzeptiert ist.

Der Grad des **Nutzens** für die Fachleute ist jedoch nicht besonders hoch. Dies dürfte auch damit zusammenhängen, dass die Fachstellen häufig ein anderes Zielpublikum (SchülerInnen, Personen in der motivationalen oder Handlungsphase) haben als das Alkoholprogramm und nicht einzig Präventionsaufgaben erfüllen. Dennoch wäre aus unserer Sicht eine grössere Wirkung des Programms auf die Fachleute wünschenswert, sind sie doch eine entscheidende „Relaisstation“ für die vertiefte und langfristige Wirkung des Programms.

*Empfehlung: Es ist zu prüfen, auf welche Weise der konkrete Nutzen des Alkoholprogramms für die Präventions- und Suchtfachleute erhöht werden kann, da diesen im Hinblick auf eine*

<sup>198</sup> Mehrfachnennungen möglich; insgesamt 140 Nennungen. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die jeweils 81 Antwortenden, also z.B. 16% von den 81 Antwortenden, die die entsprechende Nennung machten.

*Verankerung der Anliegen des Programms – und damit der Nachhaltigkeit – Bedeutung zukommt. Wenn der Bund vermehrt die Kantone in die Alkoholprävention einbinden will, können die regionalen und lokalen Fachstellen im Rahmen einer "push-pull"-Strategie die Nachfrage von unten prägen.*

Die Resonanz von AiG? ist bei den Fachleuten aus der **West-schweiz** deutlich geringer als bei ihren BerufskollegInnen aus der Deutschschweiz. Die Gründe können nur vermutet werden: Einige Westschweizer Kantone sind selber sehr engagiert in der Alkoholprävention, eventuell spielt aber auch die deutschschweizerisch geprägte Konzeptualisierung von AiG? (vgl. 4.1.1) eine Rolle und eine dadurch bedingte geringere Akzeptanz des Programms.

*Empfehlung: Den Ursachen der tieferen Auswirkung des Programms in Kreisen der Prävention und Suchtberatung in der Romandie ist vertieft nachzugehen.*

*Im Hinblick auf die angestrebte nationale Abdeckung des Programms ist die Akzeptanz in der Westschweiz zu erhöhen.*

Die bei der **Klientel** vermutete Wahrnehmung der Kampagne kann als beachtlich bezeichnet werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Fachleute möglicherweise zu positiv urteilen bzw. eine sensibilisierte Klientel haben, was den Befund relativiert.

Allgemein wäre es jedoch für das BAG von grossem Interesse, konkrete Rückschlüsse vom "Werbedruck" durch ein nationales Programm auf das Verhalten der KlientInnen der Fachstellen oder anderer Personengruppen ziehen zu können. Bisher fehlen unseres Erachtens die Beobachtungsinstrumente dazu.<sup>199</sup>

*Empfehlung: Es ist zu prüfen, ob nicht Instrumente für die Messung des Werbedrucks nationaler Kampagnen auf die Zielgruppen entwickelt werden könnten.*

Zusammenfassend kann die **Effektivität** des Programms, bezogen auf die Auswirkungen auf die Fachleute, als genügend

---

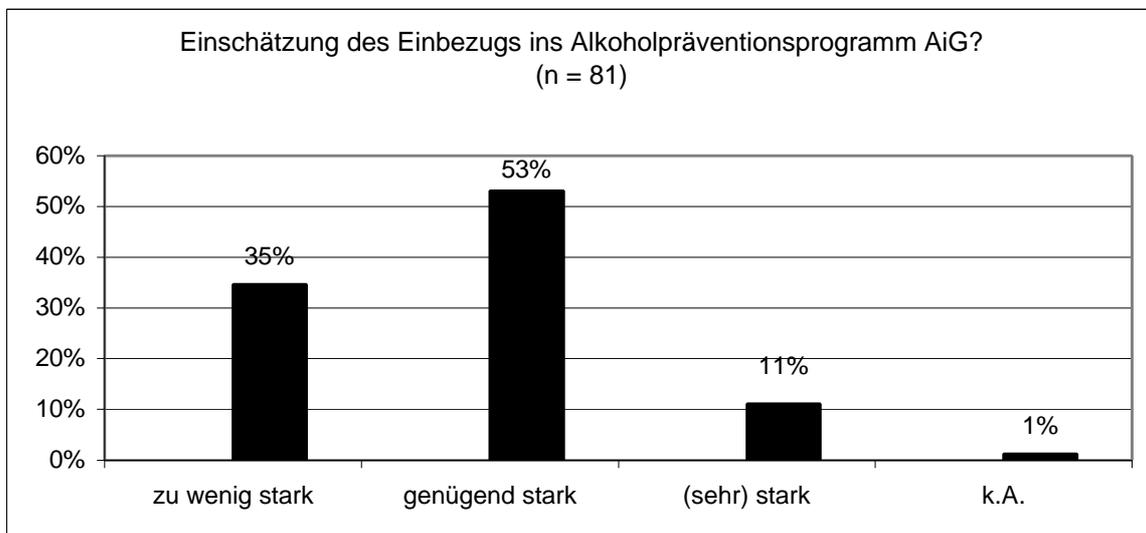
<sup>199</sup> Im Bereiche der Konsum- und Gebrauchsgüter sind die Zusammenhänge zwischen Werbedruck und Konsum erwiesen und können gemessen werden.

bezeichnet werden. Beachtenswert und kritisch ist jedoch die starke Diskrepanz zwischen der Deutschschweiz und der Westschweiz.

Damit ein Präventionsprogramm **Nachhaltigkeit** erhält und auch nach Ablauf seiner Laufzeit weiterwirken kann, ist die Akzeptanz bei den Fachleuten eine Grundvoraussetzung. Diese ist sehr gut (vgl. 4.2.6). Damit die Anliegen des Präventionsprogramms aktiv weitergetragen werden, sollte sogar eine gewisse Identifikation mit dem Programm vorhanden sein. Der subjektiv wahrgenommene bisherige Einbezug der Fachleute ins Programm kann als Indikator für diese Identifikation gelten.

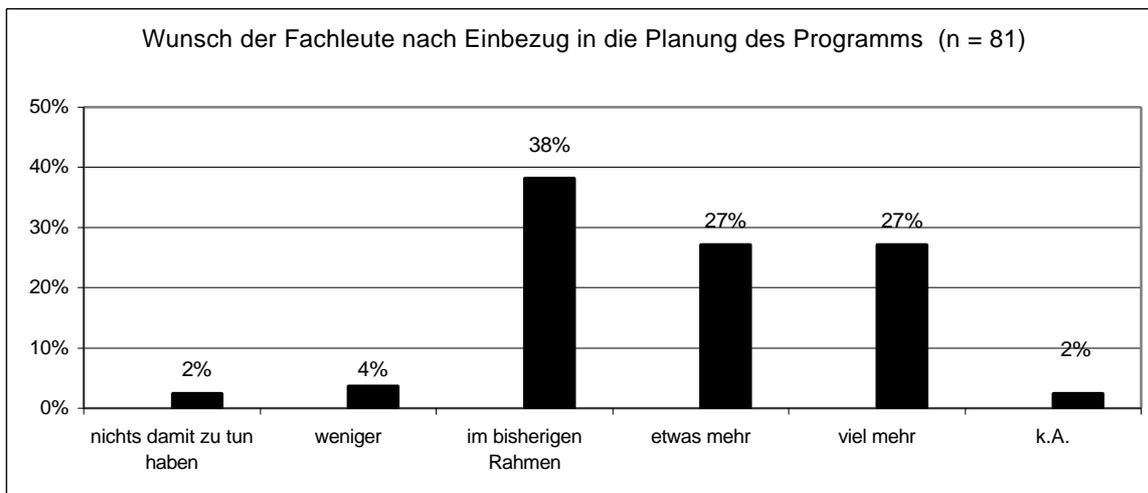
Fast zwei Drittel der Befragten (64%) fühlen sich genügend stark einbezogen, doch immerhin mehr als ein Drittel (35%) sieht sich zu wenig einbezogen.

*Darstellung 36: Einschätzung des Einbezugs in das Programm  
(Basis: 81 Befragte)*



Die noch weitergehende Frage nach dem gewünschten Einbezug in die Planung des Programms zeigt noch stärker, dass das Alkoholprogramm bei den Fachleuten zu wenig verankert ist. Mehr als die Hälfte der Fachleute (54%) ist nämlich der Meinung, dass die Fachstellen stärker einbezogen werden sollten.

**Darstellung 37: Gewünschter Einbezug in das Programm**  
(Basis: 81 Befragte)



Berücksichtigt man beim gewünschten Einbezug die Beurteilung des bisherigen Einbezugs, so akzentuiert sich das Bild noch stärker. Von den Fachleuten, die sich zu wenig stark einbezogen fühlen, wünschen mehr als drei Viertel (78%) einen stärkeren Einbezug der Fachstellen. Und sogar ein Drittel der Befragten, die sich stark einbezogen fühlen, befürworten einen stärkeren Einbezug in die Planung.

**Darstellung 38: Gewünschter Einbezug nach bisherigem Einbezug** (Basis: 81 Befragte)

Beurteilung des bisherigen Einbezugs	Gewünschter Einbezug						Total
	viel mehr	etwas mehr	im bisherigen Rahmen	weniger	damit nichts zu tun haben	keine Angabe	
zu wenig stark einbezogen (27 Personen)	46%	32%	11%	0%	7%	4%	100%
genügend stark einbezogen (42 Personen)	16%	28%	47%	7%	0%	2%	100%
stark einbezogen (9 Personen)	22%	11%	67%	0%	0%	0%	100%

Damit die Anliegen von AiG? optimal weitergetragen werden können, müssen gemäss den antwortenden Fachleuten vor allem die Koordination zwischen dem Programm AiG? und den

eigenen Aktivitäten sowie die finanzielle Unterstützung gesichert sein.

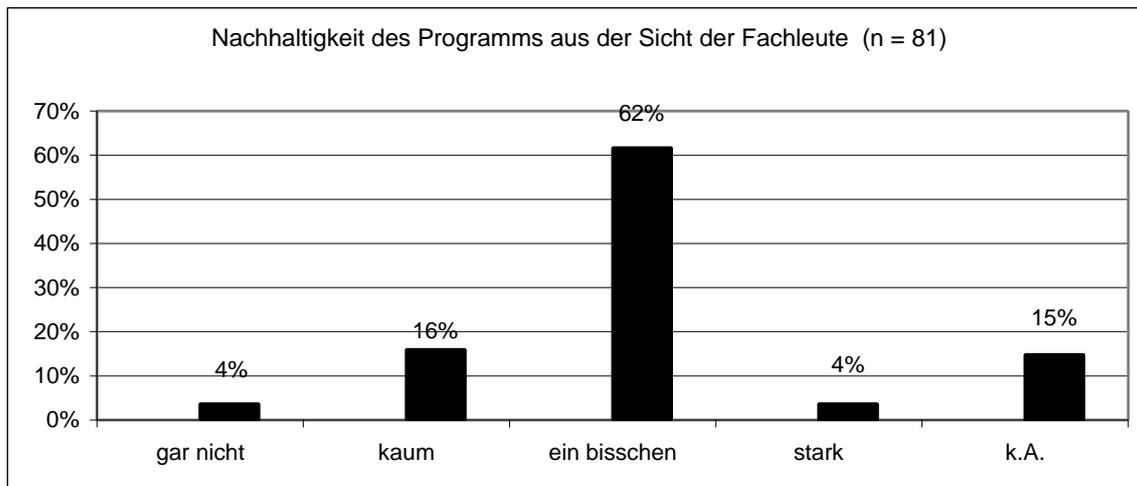
*Darstellung 39: Voraussetzungen für das Weitertragen von AiG? (Basis: 81 Befragte)*

<b>Welches sind allenfalls die Voraussetzungen, damit die Fachstellen die Impulse von AiG? optimal weitertragen können?</b> (gestützte Frage)	<b>Nennungen</b> (Mehrfachnennungen)
Koordination zwischen AiG? und eigenen Aktivitäten	65%
Finanzielle Unterstützung	65%
Genügende zeitliche Ressourcen	59%
Inhaltliche Anpassung von AiG?	39%
Rücksicht von AiG? auf die eigenen Aktivitäten	28%
Einbezug der Kantone	1%
Keine Antwort	2%

15% beantworteten die Frage nicht, 4% waren meinten, dass es gar nicht nötig sei, dass die Impulse weiterwirken.

Die Nachhaltigkeit ist aus der Sicht der Fachleute heute noch kaum gegeben. Die Mehrheit, nämlich 62 %, ist der Meinung, dass die Impulse von AiG? nur "ein bisschen" weiterwirken würden. Eine starke Wirkung sehen nur 4%.

Darstellung 40: Nachhaltigkeit des Programms aus der Sicht der Fachleute (Basis: 81 Befragte)



### Beurteilung und Empfehlungen

Mehr als die Hälfte der Antwortenden fühlt sich zwar genügend ins Programm AiG? einbezogen, äussert aber gleichzeitig den Wunsch, mehr daran teilzuhaben und AiG? mit ihren eigenen Aktivitäten zu vernetzen. Dies braucht jedoch finanzielle Ressourcen, welche im Hinblick auf eine längerfristige und vertiefte Ausstrahlung von "Alles im Griff?" nötig und gerechtfertigt sind. Damit dürfte sich auch die momentan sehr skeptische Einschätzung der längerfristigen Wirkung des Programms verbessern.

*Empfehlungen: Es ist zu prüfen, wie weit das Potenzial für Nachhaltigkeit durch Einbezug der regionalen und lokalen Präventions- und Suchtfachstellen ausgeschöpft werden soll und welche Mittel dazu erforderlich sind.*

### 6.2.1.3 Auswirkungen auf die Medienschaffenden

Das Programm ist einer grossen Mehrheit der Befragten **bekannt**, der Output des Programms wird offenbar zumindest teilweise wahrgenommen. Von den 33 interviewten Medienschaffenden gaben 27 (82%) an, bereits vom Alkoholpräventi-

onsprogramm "Alles im Griff?" gehört zu haben, 6 verneinten (vgl. auch 6.1.1).<sup>200</sup>

Die **Beurteilung** des Alkoholprogramms kann als zweiter Hinweis auf den Impact gesehen werden. 15 von 27 Befragten beurteilen das Programm als "eher gut" oder "gut", 7 Befragte beurteilen es als schlecht, 5 geben kein Urteil ab. Auffallend ist, dass die Beurteilung in der Deutschschweiz positiv, in der Westschweiz hingegen negativ ist.

*Darstellung 41. Beurteilung des Programms durch Medienschaffende (Basis: 31 Befragte)*

Beurteilung des Programms	Schweiz	Deutsche Schweiz	Westschweiz und Tessin
gut	10	8	2
eher gut	4	3	1
eher schlecht	4	0	4
schlecht	3	1	2
weiss nicht	6	3	2
Programm nicht bekannt	4	3	1

Die einzelnen Aussagen zeigen, wie stark die Kampagne als sichtbarstes und bekanntestes Element des Programms auch die Beurteilung prägt. Auffallend ist, dass der Titel verschiedentlich (12%) als schlecht beurteilt wird, und zwar wird er als „moralisierend“ empfunden. Auch die bekannte Diskussion, ob eine Kampagne eher humorvoll bzw. spielerisch oder eher schockierend sein soll, wird aufgegriffen: Ersteres wird in der deutschen Schweiz positiv betont, während der "schockierende" Ansatz nur in der lateinischen Schweiz gewünscht wird.

Als weiterer und gleichsam "härterer" Hinweis auf den Impact wurde die **Reaktion auf die Kenntnisnahme** des Programms betrachtet. Nur 6 der 27 Medienschaffenden, die das Programm kannten, haben auf die Kenntnisnahme des Alkoholprogramms reagiert, 21 der Befragten hingegen reagierten nicht.

In erster Linie war das persönliche Engagement der Befragten entscheidend, auch dann, wenn nicht direkt über die Kampa-

<sup>200</sup> 2 dieser 6 Personen verzichteten in der Folge auf ein Interview, womit sich die Basis auf 31 Personen verringerte. Davon stammen 19 aus der Deutschschweiz, 9 aus der Westschweiz und 3 aus dem Tessin.

gne, sondern nur zum Thema etwas produziert wurde. Anteilsmässig sind die meisten reagierenden Medien im Themenfeld Gesundheit/Prävention angesiedelt:

Für die Nichtreaktion gibt es im wesentlichen drei Gründe, auch wenn die Vielfalt der Antworten gross ist:

- Die Umstände waren ungünstig, es passte nicht.
- Das Programm ist nicht relevant, es ist alt, es bringt nichts Neues
- Andere Themen waren aktueller.

Daneben wird erwähnt, dass das Medium nicht direkt angefragt oder aufgefordert wurde, etwas zu tun, oder gar mit Ideen zur Verarbeitung beliefert wurde. Nur ein Medium begründet inhaltlich: Man ist mit der Grundidee (keine Abstinenz) nicht einverstanden.

Im Gegensatz dazu stehen die **grundsätzlichen Aussagen** zu diesem Thema: So geben die Medienschaffenden mehrheitlich an, dass sie zur Verbreitung eines Programms beitragen können und sich als Bindeglied sehen. Einen Beitrag zur Nachhaltigkeit können sie ihrer Meinung nach aber nicht leisten.

*Darstellung 42: Wahrgenommene Aufgaben der Medienschaffenden (Basis: 31 Befragte)*

<b>Wie sehen Sie Ihre Aufgabe als Bindeglied zwischen einem Präventionsprogramm und einer breiten Öffentlichkeit?</b>	<b>trifft völlig zu</b>	<b>trifft teilweise zu</b>	<b>trifft überhaupt nicht zu</b>
Ich kann einen Beitrag leisten zu einer grösseren Verbreitung des Programms	27	2	2
Ich sehe mich als Bindeglied zwischen einem Programm und der Öffentlichkeit	26	2	3
Ich kann einen Beitrag leisten, dass das Programm längedauernde Auswirkungen hat	16	7	8
Ich setze mich mit dem Programm auseinander und begleite es <sup>201</sup>	9	12	9

<sup>201</sup> 1 Person antwortet mit "weiss nicht".

Der scheinbare Widerspruch zwischen grundsätzlicher Bereitschaft und konkretem Handeln im Falle des Alkoholprogramms und der festgestellte geringe Impact mögen damit zu tun haben, dass das Programm die **Bedingungen** nicht erfüllt, welche ihrer Ansicht nach erfüllt sein müssen, damit ein Präventionsprogramm Beachtung findet:

- Ein Präventionsprogramm muss dem in der Regel breiten Zielpublikum der Medien entsprechen und also von breitem, allgemeinem Interesse sein.
- Ein Programm muss neu und originell sein.
- Ein Programm muss gut zum Medium passen und für das Medium verwertbar sein.

Die medienspezifischen **Anforderungen** prägen auch das Interesse der Medienschaffenden an Präventionsprogrammen: Eine mediengerechte Umsetzung mit Bildern etc. sowie die Personifizierbarkeit und die Herstellung von persönlichen Betroffenheiten müssen möglich sein. Inhaltlich interessiert vor allem ein Aspekt: die Erfolgchancen und Erfolge, teilweise konkret formuliert als Kosteneinsparung.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Auswirkungen des Programms, verstanden als Beurteilung durch die Medienschaffenden kann in der Deutschschweiz, auch wenn keine Ziele dazu formuliert wurden, aus unserer Sicht als positiv beurteilt werden, in der Westschweiz und im Tessin hingegen als eher negativ.

Der Impact, im Sinne des Aufgreifens der Anliegen des Programms ohne einen konkreten Anlass (z.B. Medienkonferenz) ist als gering zu beurteilen.<sup>202</sup>

Eine qualitative Inhaltsanalyse einzelner Medien legt zudem die Hypothese nahe, dass sich die Anzahl der Beiträge zum Thema Alkoholprävention seit Beginn des Programms nicht erhöht hat.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Medien von sich aus kaum aktiv werden. Wenn sie als Multiplikatoren gewonnen werden und wirken sollen, müssen sie entsprechend gepflegt und bearbeitet werden.

---

<sup>202</sup> Wegen fehlender Ziele kann keine Aussage zur Effektivität gemacht werden.

Nun fragt sich, wie weit das überhaupt möglich ist. Etwas pointiert kann nämlich gesagt werden, dass ein Programm dann in den Medien Beachtung findet, wenn es den Anforderungen des Mediums genügt. Ob das allerdings ein Grund dafür sein könnte, ein Programm danach auszurichten, bezweifeln wir. Auch wenn das Programm so Aufmerksamkeit finden würde, wäre es wohl Aufmerksamkeit im flüchtigen Bereich der Tagesneuigkeiten, die gemäss der Befunde der vorliegenden Evaluation keinen Beitrag an dessen Wirksamkeit leisten könnten.

*Empfehlung: Es ist zu überlegen und festzulegen, welche Wirkungen das Programm unter welchen Bedingungen bei den Medienschaffenden erzielen soll. Daraus sind die nötigen Massnahmen abzuleiten.*

#### 6.2.1.4 Die Stufen der Veränderungsbereitschaft

Die Auswirkungen der erbrachten Leistungen des Programms im Vergleich mit den Zielen werden mittels eines **Monitoring** der Stufen der Veränderungsbereitschaft in der Schweiz überprüft. Dieses Monitoring, das im übrigen auch die Einwirkungen (Outcome) erfasst, ist nicht Bestandteil des Mandats der Globalevaluation, auch wenn hier darauf Bezug genommen wird, sondern wird vom Programm direkt in Auftrag gegeben und von der SFA betreut. Bisher wurden zwei Messungen<sup>203</sup> durchgeführt: Baseline-Befragung 1998<sup>204</sup> als Nullmessung und Anschlussbefragung 2000.<sup>205</sup>

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 Impact 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

---

<sup>203</sup> Datenquelle IX und X (vgl. Darstellung 7)

<sup>204</sup> Müller et al. (1999)

<sup>205</sup> Müller et al. (2001)

haben sich also insgesamt **keine Veränderungen** ergeben.<sup>206</sup>

- 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 43: Stufen der Verhaltensänderung 1998 und 2000 nach Risikotyp*

Stufe <sup>207</sup>	1998				2000			
	Risikotyp				Risikotyp			
<i>(Basis: Alkoholtrinkende)</i>	Risikoarme	Chronische	Episodische	Kumulierer	Risikoarme	Chronische	Episodische	Kumulierer
<b>vormotivationale Phase</b>	89%	64%	78%	55%	88%	80%	75%	46%
<b>motivationale Phase</b>	3%	18%	12%	24%	3%	7%	9%	28%
<b>Aktionsphase</b>	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.<sup>208</sup>

*"Das Ziel, die Veränderungsbereitschaft gemäss dem angenommenen Phasenmodell zu fördern, konnte unter den oben angesprochenen Rahmenbedingungen<sup>209</sup> nicht erreicht werden. Gleichwohl muss die Stabilisierung der Anteile als Erfolg der Kampagne gewertet werden."*

<sup>206</sup> 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 (vgl. 6.2.2.1.3).

<sup>207</sup> Es handelt sich um gerundete Prozentbeträge.

<sup>208</sup> Müller et al. (2001), S. 34 ff.

<sup>209</sup> Damit sind die Steuersatzänderung auf Spirituosen gemeint, vgl. 1.2 (Anmerkung des Autors)

### **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 sollen noch keine Aussagen über die Auswirkungen gemacht werden, die **Effektivität** ist erst auf Grund der Anschlussbefragung 2002 zu beurteilen.*

Die **Nachhaltigkeit** des Programms ist aus unserer Sicht heute noch nicht gegeben.

*Empfehlung: Das Erreichen von Nachhaltigkeit der Auswirkungen muss als ein vorrangiges Ziel der 2. Programmphase definiert werden.*

## **6.2.2 Ebene Teilprojekte**

### **6.2.2.1 Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten**

#### **6.2.2.1.1 Erinnerung und Wiedererkennung**

Damit eine werbliche Massnahme Wirkung entfalten kann, muss sie zuerst einmal wahrgenommen werden. Die Werbewirkungsforschung kennt zwei vorrangige Grössen zur Messung der Wahrnehmung: die ungestützte **Erinnerung** an eine Werbung ("recall) und die gestützte **Wiedererkennung** ("recognition") nach Vorzeigen der Werbung, eines Plakats oder eines

Spots<sup>210</sup> oder des "story board". Es liegt nahe, dass Erinnerungswerte das "härtere" Mass sind.

In sämtlichen Posttests wurden verschiedene Elemente der Kampagne "Alles im Griff?" getestet, d.h. TV-Spots, Kinowerbung, Plakat- und Inseratekampagnen wurden auf ihre Wirksamkeit hin geprüft, gemessen in Werten des Recall und der Recognition.

Der Recall wurde auf verschiedene Arten gemessen, indem in einem ersten Schritt nach Gesundheitskampagnen und in einem zweiten Schritt, thematisch eingeeengt, nach einer Kampagne zur Alkoholproblematik gefragt wurde. In einer dritten Stufe wurde konkret auf das Sujet der Werbung angesprochen.<sup>211</sup>

Der Recall lag 2001 höher als in den beiden Vorjahren. Er war in diesem Jahr bei den jüngeren Befragten (15-34 Jahre) auch signifikant höher als bei den Älteren.

*Darstellung 44: Recall im Jahresvergleich*

<b>Recall</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Gesundheitskampagne	50%	46%	59%
Alkoholkampagne	36%	42%	54%
Zentrales Sujet der Kampagne	18%	21%	44%

Der Recall-Wert des Jahres 2001 ist allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. Es mögen zum Teil Verwechslungen mit einer anderen Kampagne vorliegen, haben doch knapp die Hälfte der Befragten die Alkoholindustrie als Auftraggeber der Werbung angegeben.

Die **Recognition** lässt sich nur für die Jahre 1999 und 2001 aufzeigen, da im Jahr 2000 telefonisch befragt wurde und daher die kein Zeigematerial vorgelegt werden konnte. Das Plakat und das Logo wurden 2002 häufiger wieder erkannt als 1999, die

<sup>210</sup> Dabei wird entweder der ganze Spot gezeigt oder – häufiger, weil in einer Feldbefragung praktikabler – das story board, das den Ablauf des Spots in einer Reihe von Standbildern zeigt.

<sup>211</sup> 1999: angetrunkene Person, der ein Missgeschick passiert. 2000: Gläser mit unterschiedlich viel Inhalt, Gläser mit Sprüchen dazu. 2001: umgekipptes Glas.

Spots (1999 wurden mehrere Spots gesendet) bzw. der Spot hingegen etwas weniger.

*Darstellung 45: Recognition 1999 und 2001 im Vergleich*

<b>Recognition</b>	<b>1999</b>	<b>2001</b>
Plakat	31%	45%
Logo	32%	42%
Spot	32%	26% <sup>212</sup>

Die Wiedererkennung ist bei der Zielgruppe der Kampagne, den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, in der Regel überdurchschnittlich, und zwar bei den Plakaten und den Spots. Dies spricht ebenfalls für die Kampagne.

*Darstellung 46: Wiedererkennung von Plakat und TV-Spot nach Altersgruppen*

<b>Recognition Plakat</b>	<b>1999</b>	<b>2001</b>
15-24jährige	37%	56%
25-34jährige	30%	52%
Bevölkerung	31%	45%
<b>Recognition Spot</b>	<b>1999</b>	<b>2001<sup>213</sup></b>
15-24jährige	40%	25%
25-34jährige	32%	34%
Bevölkerung	32%	26%

#### 6.2.2.1.2 Betroffenheit

Die wahrgenommene Werbung hat nur beschränkt als **Gesprächsanstoss** gewirkt und dazu geführt, dass man sich mit andern Leuten über die Spots unterhalten hat (1999: 28% ja, 20001: 25% ja).

<sup>212</sup> Weitere 12% gaben an, den Spot "vielleicht gesehen" zu haben.

<sup>213</sup> Zusätzlich gaben an, den Spot "vielleicht" gesehen zu haben: 15-24jährige: 13%, 25-34jährige: 11%, Bevölkerung: 12%

Die **Betroffenheit**, die durch die **Kampagne** allgemein ausgelöst ist als gering zu beurteilen: Über die 3 Jahre gesehen stimmen knapp 15% einer entsprechenden Aussage zu.

Darstellung 47: Betroffenheit und Anregung zum Nachdenken

Die Kampagne ...	1999		2000		2001	
	stimme eher zu	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme voll zu
... macht betroffen	25%	13%	24%	16%	33%	10%
... regt zum Nachdenken über den Alkoholkonsum <i>allgemein</i> an	37%	31%	37%	45%	47%	29%
... regt zum Nachdenken über <i>meinen</i> Alkoholkonsum an	18%	4%	11%	11%	18%	6%

Es liegt auf der Hand, dass man sich stärker zum **Nachdenken** als über den Konsum allgemein angeregt fühlt als über den eigenen Alkoholkonsum, dennoch kann dies ein erster Schritt zur Selbstreflexion sein.

Durchschnittlich rund ein Drittel der Personen, welche die Werbung wahrnehmen, wird dadurch sicher zum Nachdenken über den Alkoholkonsum allgemein angeregt, weitere rund 40% werden "eher" angeregt.

Zum Nachdenken über den eigenen Konsum werden jedoch durchschnittlich nur 7% sicher angeregt, 16% "eher". Der Vergleich über die Jahre zeigt auch, dass die Kampagne 2000 am besten abschneidet.

Die Wichtigkeit der Kampagne wird in allen Jahren sehr gut beurteilt, v.a. im Jahr 2000. Sie gefällt mehr oder weniger gut. Die Betroffenheit, welche die Kampagne auslöst, ist jedoch in allen drei Jahren gering.

Während die Frage nach den "Wirkungen" der Kampagne durch Zustimmung zu einer vorgegebenen Aussage erfolgte<sup>214</sup>, wurde die Frage, ob **Plakat oder Spot** zum **Nachdenken** angeregt hätten, direkt gefragt und mit ja oder nein geantwortet.

Wiederum fällt auf, dass es schwerer fällt, den eigenen Konsum zu überdenken als den allgemeinen Konsum. Um die 15% bedenken jedoch den eigenen Alkoholkonsum.

Darstellung 48: Anstoss zum Nachdenken

	1999	2000	2001
<b>Plakat ...</b>	<b>% ja</b>		
... regt zum Nachdenken über den Alkoholkonsum <i>allgemein</i> an	25%	nicht erhoben	43%
... regt zum Nachdenken über <i>meinen</i> Alkoholkonsum an	10%	nicht erhoben	15%
<b>TV-Spot ...</b>	<b>% ja</b>		
... regt zum Nachdenken über den Alkoholkonsum <i>allgemein</i> an	44%	49% <sup>215</sup>	29%
... regt zum Nachdenken über <i>meinen</i> Alkoholkonsum an	15%	15%	11%

Der Vergleich der Werbemittel zeigt, dass die Plakate des Jahres 2001 deutlich mehr ausgelöst haben als jene von 1999. Im Gegensatz dazu haben die Spots ebenso deutlich weniger ausgelöst, auch weniger als die Spots des Jahres 2000.

Es zeigt sich im weiteren, dass nur im Jahre 2001 die Jüngeren, also die Zielgruppe von AiG? mehr zum allgemeinen und zum persönlichen Nachdenken angeregt wurden als die Älteren. Dies gilt aber nur für die Plakate, die Spots bewirkten bei ihnen nur ein stärkeres allgemeines Nachdenken.

Die Programmverantwortlichen haben die Probleme des geringen Impact ernst genommen. Bei der Ausarbeitung der Spots

<sup>214</sup> 4-stufige Skala: lehne voll/lehne eher ab/stimme eher zu/stimme voll zu

<sup>215</sup> Im Jahre 2000 wurde allgemein nach "Werbung" gefragt, wobei 70% der Befragten darunter TV-Spots verstehen.

für das Jahr 2002 war dies ein zentrales Thema. Die gewünschte Wirkung – vermehrte Betroffenheit auszulösen – konnte nach Ansicht der Mitglieder der Programmorgane, auf Grund der Ergebnisse eines ersten Pretests nicht genügend erreicht werden.<sup>216</sup> Dennoch liess man die Spots senden, ausschlaggebend für die Weiterausstrahlung waren die Resultate von Befragungen bei der Zielgruppe der Jungen nach einem Kinobesuch, die diesen Sommer durchgeführt wurde. Die Ergebnisse waren genügend positiv, so dass der Spot definitiv geschaltet wurde. Ein Posttest der Spots ist dieses Jahr nicht vorgesehen.<sup>217</sup> Spezifische Ziele für das Jahr 2002 wurden keine festgelegt

Vergleicht man die Werte der Auswirkungen der Kampagne mit denen der Plakate bzw. Spots, die unterschiedlich gemessen wurden,<sup>218</sup> zeigt sich, dass sie in etwa übereinstimmen.<sup>219</sup>

### 6.2.2.1.3 Veränderungsbereitschaft

Die **Veränderungsbereitschaft** im Sinne des Transtheoretischen Modells (Prochaska & Di Clemente 1986) wurde entsprechend der Baseline-Befragung von 1998 und der Anschlussbefragung von 2000 (Müller et al. 2001) auch im Posttest 2001 gemessen. Es ergaben sich in etwa die gleichen Anteile der einzelnen Stufen der Bereitschaft zur Verhaltensänderung wie bei den früheren Messungen.

*Darstellung 49: Stufen der Verhaltensänderung im Jahresvergleich*

Personen in der ...	BaselineBefragung 1998	Anschlussbefragung 2000	Posttest 2001
vormotivationalen Phase	85%	85%	83%
motivationalen Phase	6%	4%	8%
Handlungsphase	9%	11%	9%
Total	100%	100%	100%

<sup>216</sup> Datenquelle 2 (vgl. Darstellung 6)

<sup>217</sup> Bei den Spots werden im Zweijahresrhythmus Posttests durchgeführt, das letzte Mal im Jahre 2001.

<sup>218</sup> Die Auswirkungen der Kampagne wurden im Rahmen einer Fragebatterie erhoben, die Auswirkungen von Plakat und Spot mit eigenen Fragen.

<sup>219</sup> Neben den "stimme voll zu" antwortet jeweils ein Teil der "stimme eher zu" bei der zweiwertigen Frage mit ja, was den Erwartungen entspricht.

#### 6.2.2.1.4 Zusammenfassung

Die Zielerreichung in bezug auf den Outcome erfolgt durch den Vergleich der Zielvorgaben mit den oben ausgewiesenen Leistungen.

Darstellung 50: Erreichung der Jahresziele

Jahr	Zielart <sup>220</sup>	Ziele	Beurteilung der Zielerreichung
1999	Outcome	Information und Sensibilisierung der erwachsenen Bevölkerung sowie Bekanntmachung von "Alles im Griff?"  Die massenmediale Kampagne trägt dazu bei, dass das Alkoholprogramm bis Ende 1999 <sup>221</sup> eine hohe Akzeptanz bei einem Recall von 25% erreicht hat: 80% befürworten das Programm grundsätzlich, 50% akzeptieren die Botschaft)	Nicht quantifizierbar subjektive Beurteilung: teilweise erreicht  Recall knapp erreicht Akzeptanz erreicht
2000	Outcome	Erhöhung des Problembewusstseins in der Kernzielgruppe "episodische Rauschtrinker" 20-30 Jahre. Sensibilisierung durch Konkretisierung (Verhaltenstipps)  80% gestützte Wiedererkennung in der Zielgruppe der 20-30jährigen.	Erhöhung nicht erreicht  Nicht realisiert  Nicht gemessen, wohl kaum erreicht
2001/ 2002	Outcome	Die massenmediale Kampagne sensibilisiert weiterhin die Kernzielgruppe der "episodischen Rauschtrinker" im Alter von 20-30 Jahre.  2001: durch Thematisierung der negativen Folgen des Rauschtrinkens <sup>222</sup>  2001: Die Kampagne erreicht in der Zielgruppe eine gestützte Wiedererkennung von 50% und die Note 6 (gut)	Teilweise erreicht  Teilweise erreicht  Wiedererkennung erreicht / Beurteilung nicht direkt gemessen, Note 5(=gut) in etwa erreicht

<sup>220</sup> Das Programm hat hier zwei Zielarten unterschieden, die aus Sicht der Evaluation jedoch alles Outcome-Ziele sind.

<sup>221</sup> Ein zusätzlicher Posttest Ende 1999 wurde vom Evaluationsteam angeregt, konnte aber nicht realisiert werden. Es wird hier mittlerer Wert zwischen den Posttests 1999 und 2000 zu Grunde gelegt.

<sup>222</sup> Diese Formulierung beinhaltet ein Output-Ziel (Botschaft: Rausch hat negative Folgen), das erreicht wurde.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Zusammenfassend kann der **Outcome** wie folgt beurteilt werden:

- Die gesetzten Outcome-Ziele wurden nur teilweise erreicht. Allerdings waren die Ziele zu Beginn teilweise unrealistisch hoch angesetzt, was ein wesentlicher Grund für die mangelnde Zielerreichung ist. Davon abgesehen kann gesagt werden, dass das TP viel erreicht hat
- Der Erinnerungswert der Kampagne konnte in den letzten drei Jahren gesteigert werden, 2001 lag er bei 44%.
- Die Wiedererkennungswerte von Logo, Plakat und Spot haben sich ebenfalls verbessert, sie liegen gleich hoch wie der Erinnerungswert.
- Tendenziell ist die Wiedererkennung bei der Zielgruppe der Jüngeren höher.
- Während der Anstoss zum Nachdenken über den allgemeinen bzw. den eigenen Alkoholkonsum durch die Plakate im Jahr 2001 höher lag als im 1999 (2001: 43% bzw. 15%), war der Spot von 2001 weniger anregend (29% bzw. 11%) als in den Vorjahren.
- Insgesamt haben sich die Sensibilität und das Problembewusstsein wohl nicht verändert.
- Die Veränderungsbereitschaft ist über die Jahre gleich geblieben.

Entscheidend ist, nun zu fragen, was als Bilanz bleibt: Haben sich **Sensibilität und Problembewusstsein** tatsächlich erhöht?

Die Befunde deuten darauf hin, dass eine Sensibilisierung (Nachdenken über Alkoholkonsum allgemein) angenommen werden kann. Allerdings ist unklar, wie hoch diese Sensibilität vor der Kampagne war und wie viel die Kampagne verändert hat, da keine direkten Vergleichszahlen vorliegen.

Ein Nachdenken über den eigenen Konsum bejahen etwas über 10% der Personen, welche die Botschaften beachtet haben. Dies würde auf Problembewusstsein hinweisen. Nun zeigt aber eine Frage aus Baseline- und Anschlussbefragung, die als Indikator auf Problembewusstsein gesehen werden kann<sup>223</sup>,

---

<sup>223</sup> Diese Frage lautet: "Haben Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon Gewissensbisse gehabt?"

keine Veränderung von 1998 auf 2000, sondern je 9% Ja-Antworten!

Als weiteres Indiz für die vermutete geringe Veränderung des Problembewusstseins kann auf der Ebene der Interpretation angeführt werden, dass sich der Anteil der Personen in der motivationalen Phase, die im Sinne der Theorie der "stages of change" gerade dieses Problembewusstsein misst, nicht verändert hat (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Sofern die Anschlussbefragung 2002 nicht wesentlich andere Ergebnisse zeigt, muss davon ausgegangen werden, dass das Ziel der Sensibilisierung nur geringfügig und das der Erhöhung des Problembewusstseins und der **Veränderungsbereitschaft** nicht erreicht wurde.

*Empfehlung: Es ist abzuklären, ob sich mit einer Veränderung der Botschaften (klare Normen bzw. präzise Hinweise auf richtiges bzw. falsches Verhalten) die Sensibilität und das Problembewusstsein nicht erhöhen lassen.*

*Es ist an Hand der Literatur zu überprüfen, ob eine Kampagne dieser Art überhaupt auf der gewünschten Ebene Erfolge bringen kann, wenn es, wie im Falle des Risikokonsums nicht um eine unmittelbar drohende Gefährdung geht.*

Allerdings muss die erreichte Veränderungsbereitschaft nicht bedeuten, dass die Kampagne auf dieser Ebene keinen Erfolg gehabt hat. Es ist denkbar und durchaus als **Hypothese** formulierbar, dass angesichts der ungünstigeren Rahmenbedingungen (Steuersatzreduktion für Spirituosen) die Kampagne durch ihre Denkanstösse eine Zunahme des Konsums verringert hat.

Der Outcome der **Partneraktivitäten** ist kaum zu beurteilen. Es ist offen, wie viele bestellte Plakate tatsächlich zum Aushang kommen. Zumindest 1999 sind mit Sicherheit nicht alle bestellten Plakate zum Aushang gekommen. Heute dürften die Bestellungen tendenziell verwendet werden.

Die ausgehängten Plakate dürften in etwa einen Monat hängen.

### **Beurteilung**

Im Zusammenhang mit dem Outcome bzw. dem Potenzial der Partneraktivitäten formulieren wir eine Hypothese, die auf Er-

fahrungen im Bereich der regionalen und lokalen Fachstellen beruht: Regionale und lokale Stellen haben starken Legitimationsbedarf, der sich auch im materiellen Auftreten äussert, und deshalb keine Interessen an zu viel Unterstützung, wie sie AiG? bietet.

### 6.2.2.2 Teilprojekt Ärzte

Da die Projektleitung auf Grund der besonderen Anlage des Teilprojekts sowohl selber in der Fortbildung ist als auch regelmässige Kontakte mit den andern Fortbildnern hat, wird die **Einschätzung der Projektleitung** hier mitberücksichtigt.<sup>224</sup> Nach Ansicht des TP sind die Auswirkungen der Massnahmen insgesamt als positiv zu beurteilen: Die Tätigkeiten des TP würden allgemein gut bis sehr gut aufgenommen, auch wenn die Nachfrage nach den Kursen noch zu gering sei. Insbesondere das Konzept des Risikotrinkens – im Gegensatz zum Alkoholismus – sei erfolgreich, da es dem Arzt unter dem Stichwort "Gesundheit" neue Möglichkeiten des Handelns aufzeige.

Wie weit sich das konkrete Verhalten der Ärzte in der Praxis durch den Kursbesuch verändert hat, kann aus der Sicht des TP nicht beantwortet werden. Die Selbstevaluationen der Ärzte im Rahmen der Seminare werden noch zu unsystematisch gemacht, um Informationen liefern zu können.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass im TP eine Diskussion um die Evaluation angelaufen ist (vgl. Flaschenpost Nr. 4): Dabei geht es aber nicht um eine Evaluation des TP und seiner Aktivitäten, sondern um Evaluation im Sinne des Qualitätsmanagements des Arztes.

Zur Beurteilung des Outcome wurde eine Befragung der an der Fortbildung **teilnehmenden Ärzteschaft** durchgeführt.<sup>225</sup> Gemäss den Aussagen der ÄrztInnen haben 67% durch die Fortbildung einen neue Perspektive bzw. ein neues Bild vom Alkoholkonsum erhalten. Und 82% hat die Fortbildung geholfen, Patienten auf Alkoholkonsum anzusprechen. Auch wird eine **Anwendung der Kurzintervention** erreicht: Zwei Drittel der

---

<sup>224</sup> Datenquelle 3 (vgl. Darstellung 6)

<sup>225</sup> Datenquelle 11 (vgl. Darstellung 6)

Teilnehmer wenden die an der Fortbildungsveranstaltung gelernte Methode der Kurzintervention an.

Die Ärzte in der Romandie tun dies häufiger (74%) als diejenigen in der Deutschschweiz (55%) ,und die Teilnehmer eines Qualitätszirkels wenden sie etwas häufiger an (75%) als die anderen (61%).

Neun von zehn befragten Teilnehmern sind ausserdem der Ansicht, dass sich die Methode der Kurzintervention auch auf andere Situationen **übertragen** lässt. Diese Meinung vertreten die Romands noch etwas häufiger als die deutschsprachigen ÄrztInnen.

Im Vergleich zur Zeit vor der Fortbildungsveranstaltung interveniert gut die Hälfte der Teilnehmer (53%) **heute häufiger**, wenn sie bei einem Patienten Verdacht auf risikoreiches Trinken hegen. Gleich häufig intervenieren 39% der TeilnehmerInnen.

Es erstaunt kaum, dass vor allem diejenigen, denen die Fortbildung beim Ansprechen von Patienten geholfen hat, heute häufiger intervenieren (60%) als die anderen (22%).

Vergleicht man die Häufigkeit der Interventionen von Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden, zeigt sich, dass die Teilnehmenden fast doppelt so häufig intervenieren (16 mal pro Monat) wie die Nicht-Teilnehmenden<sup>226</sup> (9 mal pro Monat).<sup>227</sup>

Ausserdem zeigt sich bei den Teilnehmenden, dass diejenigen, welche einen Qualitätszirkel besucht haben, also den vermutlich intensivsten Kurs, weil sich die Teilnehmenden gegenseitig vertraut sind, am häufigsten intervenieren (28 mal pro Monat), während die anderen Kursteilnehmenden im Durchschnitt 13 mal pro Monat Patienten auf risikoreichen Alkoholkonsum ansprechen.

Die Region hat ebenfalls Einfluss auf die Häufigkeit der Interventionen. In der Romandie wird mit 23 mal pro Monat gut doppelt so häufig interveniert wie in der Deutschschweiz (10 mal pro Monat).

---

<sup>226</sup> Neben den teilnehmenden ÄrztInnen wurden auch diejenigen befragt, die eine Einladung erhalten, aber nicht teilgenommen hatten.

<sup>227</sup> Bei der Befragung der Nicht-Teilnehmenden wurde ausdrücklich zwischen Interventionen bei Alkoholabhängigen und Interventionen bei Risikokonsumenten unterschieden. Dennoch ist aufgrund der tiefen Informiertheit (vgl. Seite 142) anzunehmen, dass zahlreiche Personen Risikotrinken nicht im Sinne von AiG? verstanden und damit die Zahl der Kurzinterventionen zu hoch ist.

Beachtenswert ist die Veränderung der **Interventionshäufigkeit** über Zeit: Unmittelbar nach dem Kurs hat etwas weniger als die Hälfte der Befragten (43%) Kurzinterventionen angewendet. Zum Zeitpunkt der Befragung waren es, wie oben beschrieben, etwas mehr als die Hälfte. Es scheint, als ob es etwas Zeit braucht, um das Gelernte im beruflichen Alltag umzusetzen.

Die **Gesprächsdauer** mit Patienten beträgt bei den Teilnehmenden rund 13 Minuten, bei den Nicht-Teilnehmenden 12 Minuten, ist also fast identisch. Unterschiede gibt es aber bei den Sprachregionen. In der Deutschschweiz dauert eine Intervention ca. eine Viertelstunde, während in der Romandie 10 Minuten offenbar dafür ausreichen. Im Vergleich mit der vom TP geschätzten Gesprächsdauer von rund 5 Minuten für eine Kurzintervention liegen die Werte noch hoch.

Fast die Hälfte der Befragten hat schon **mehrere Kurzinterventionen** beim gleichen Patienten durchgeführt. Häufiger ist dies der Fall in der Romandie.

Nur jeder zehnte Teilnehmer einer Fortbildungsveranstaltung hat seine **Praxisassistentin** so instruiert, dass auch sie bei Verdacht auf risikoreiches Trinken selber eine Kurzintervention durchführen könnte, wie das vom TP angestrebt wird.

Nur eine Minderheit (14%) der befragten Teilnehmenden verwendet den in der Fortbildung empfohlenen **Fragebogen AUDIT**<sup>228</sup>. Die grosse Mehrheit (74%) stellt lediglich eine Frage zum Alkoholkonsum, 10% sprechen niemanden an.<sup>229</sup> Tendenziell wird der AUDIT-Fragebogen in der Deutschschweiz etwas häufiger eingesetzt als in der Romandie.

Die Outcome-**Ziele** wurden jedoch, wie bereits im Zusammenhang mit der mangelnden Kursnachfrage angetönt, nicht erreicht:

---

<sup>228</sup> **Alcohol Use Disorders Identification Test**. Der Fragebogen wurde von der WHO im Rahmen des Programms zur Früherkennung und Behandlung alkoholbedingter Probleme in der medizinischen Grundversorgung erarbeitet.

<sup>229</sup> 2% "keine Antwort"

## Darstellung 51: Erreichung der Outcome-Ziele

Jahr	Zielart	Ziele	Zielerreichung
2000/ 2001	Outcome	Durchführung von ca. 100 Kursen	teilweise erreicht (30Kurse)
2002	Outcome	Realisation der 2. Kursserie (Ziel: 84 Kurse)	nicht erreicht (8 Kurse)

Aufgrund der erhobenen Zahlen kann nun versucht werden, eine **Schätzung des Effekts** des TP vorzunehmen. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

- Die 49 befragten Teilnehmenden gaben an, durchschnittlich 15.6 Kurzinterventionen durchzuführen, das sind 686 Interventionen<sup>230</sup> pro Monat.
- Bisher haben gemäss Kursstatistik 1028 ÄrztInnen eine Fortbildung besucht, Präsentationen werden hier nicht berücksichtigt. Somit ergäben sich für die 1028 ÄrztInnen 16'036 Kurzinterventionen pro Monat.

Da 465 dieser 1028 Personen nur einen Workshop von rund 1 Std. Dauer bei einer Gruppengrösse von durchschnittlich 47 Personen besuchten, nehmen wir an, dass die Anzahl der bei dieser Gruppe ausgelösten Kurzinterventionen nur halb so gross war, nämlich 3'627.

Die Zahl von 16'036 Kurzinterventionen als Schätzbasis reduzieren wir somit auf 12'409 pro Monat.

- Durchschnittlich intervenieren nicht-teilnehmende ÄrztInnen 9 mal pro Monat. Ohne Fortbildung, so wird angenommen, hätten die 1028 Personen also 9'252 Kurzinterventionen durchgeführt.
- Aus der Differenz von 9'252 zu 12'409 Kurzinterventionen ergibt sich somit der **bisherige Effekt des Teilprojekts**: 3'157 Kurzinterventionen pro Monat oder 37'884 pro Jahr.

### Beurteilung und Empfehlungen

Die Auswirkungen des Ärzteprojekts können als positiv bezeichnet werden, wenn sie auch zahlenmässig nicht das gesetzte Ziel erreicht haben. Die Fortbildung hat gemäss den

<sup>230</sup> 5 der 49 Befragten gaben "weiss nicht" an, so dass 44 mal 15.6 gerechnet wird.

Erhebungen tatsächlich zu Verhaltensänderungen bei den Teilnehmenden geführt. Die **Effektivität** ist heute noch als gering zu beurteilen, das Potenzial dazu ist jedoch vorhanden.

Die **Nachhaltigkeit** kann zur Zeit noch nicht beurteilt werden, da die entsprechenden Daten fehlen. Allerdings beurteilen wir auch dieses Potenzial als beträchtlich, da der Nutzen für die AnwenderInnen der Kurzinterventionen gegeben scheint.

Der **Mitnahmeeffekt** ist als gering zu beurteilen: Ohne das Angebot des TP hätte wohl kaum jemand eine Fortbildung im Bereiche der Alkoholprävention besucht.

Nachvollziehbar und beachtenswert ist, dass die Interventionshäufigkeit nach dem Besuch intensiver Fortbildungen in kleinen Gruppen höher (z.B. Qualitätszirkel) überdurchschnittlich ist.

*Empfehlung: Die intensiven Formen der Fortbildung in institutionalisierten Gefässen sind zu fördern.*

Angesichts des festgestellten Potenzials kommt der Frage der Nachhaltigkeit des veränderten Interventionsverhaltens der ÄrztInnen besondere Bedeutung zu.

*Empfehlung: Die langfristigen Wirkungen der Fortbildung sind in der 2. Programmphase systematisch zu erheben.*

Allerdings sind die zahlenmässigen Ziele nicht erreicht worden. Dies deutet nochmals auf die Notwendigkeit eines verstärkten Marketings der Fortbildung hin, da die Kurse ein bedeutsames Potenzial haben.

*Empfehlung: Das Marketing für die Fortbildung ist zu verstärken.*

*Die positiven Erfahrungen und Beurteilungen der Teilnehmenden sind im Rahmen des Marketing zu verwenden.*

### 6.2.2.3 Teilprojekt Internet

#### 6.2.2.3.1 Grundsätzliches zur Nutzungsmessung

Die Nutzung der Website war von Anfang als Indikator für die Wirkung wichtig, die Nutzung wurde und wird in der Diskussion und in den Verträgen immer wieder benutzt.

Obwohl die Nutzung zentral ist, finden sich keine Hinweise auf eine vertiefte Diskussion über die Art und Weise der Nutzungsmessung und die Bedeutung verschiedener Nutzungszahlen. Es scheint, dass Nutzung in der Regel mit der Anzahl Besucher gleich gesetzt wird. Die Frage, ob bspw. die Art der Nutzung, gemessen an den besuchten Seiten oder der Besuchsdauer nicht mehr über die Nutzung aussagt als die bloße Besucherzahl, ist offenbar nicht diskutiert und beantwortet worden. Auch auf der Ebene der rein numerischen Nutzung wurden teilweise unterschiedliche Indikatoren verwendet: Hits und Visits, wobei erstere überhaupt keine inhaltliche oder zielbezogene Aussage ermöglichen. Zudem scheinen die prozessproduzierten Daten teilweise falsch interpretiert worden zu sein.<sup>231</sup>

Dies ist insofern von Bedeutung, als üblicherweise, so auch bei "Alles im Griff?", prozessproduzierte Daten zur Analyse der Nutzung verwendet werden. Es kommen verschiedene Mess-Tools zur Anwendung<sup>232</sup>, bei allen handelt es sich aber um technische Werkzeuge. Sie wurden in erster Linie entwickelt, um die Anforderungen an die technische Auslegung und Leistungsfähigkeit einer Web-Site zu bestimmen und diese zu optimieren. Jedes der gängigen Mess-Tools ist anders kalibriert und es gibt keinen allgemein verbindlichen Standard.

#### **Beurteilung**

Da die Daten automatisch und gleichsam kostenlos generiert werden, liegen sie in sehr grosser Zahl vor und können beliebig aufgegliedert, gruppiert und ausgewiesen werden. Es scheint, dass sie dadurch eine bestimmte, wenig hinterfragte Bedeutung erhalten, die ihrer sachlichen Aussagekraft nicht angemessen

---

<sup>231</sup> So wurde bspw. gemäss Protokoll an der Begleitgruppensitzung vom 20.03.2002 von durchschnittlich 2000 Besuchern gesprochen, was sich aber in den Statistiken nicht nachvollziehen lässt (Tagesmittel 729, gemessen an den 12 letzten Tagen des Monats, geschätztes Monatstotal 22'599).

<sup>232</sup> z.B. WEBTRENDS® bis Ende 2001 und Webalizer Version 2.01 (laufend). Die Agentur verwendet teilweise auch log.file-daten, die tendenziell etwas höher liegen als die Zahlen von Webalizer.

ist. Die Zahlen entwickeln eine Eigendynamik und werden in einem gleichsam eigenen Universum, aber losgelöst von konkreten Zielen beurteilt.<sup>233</sup>

Ihre Validität ist fraglich. Etwas pointiert formuliert: Jedes Tool misst sicher etwas, nur weiss man nicht so recht, was gemessen wird.

Trotzdem haben solche Nutzungszahlen allgemein eine hohe Bedeutung gewonnen, vergleichbar mit den Zahlen, wie sie im Bereiche der Werbung zur Anwendung kommen. Es ist zu vermuten, dass im Zuge des Aufkommens und der Promotion der Internet-Werbung die gleichen Mechanismen der Legitimation zum Tragen gekommen sind, wie in der klassischen Werbung.

Es fällt auf, dass trotz der Bedeutung der Nutzungszahlen im TP Internet die Bedeutung dieser Zahlen kaum diskutiert wurde. Die Tatsache der Quantitativität allein scheint sie als sachgerechte Indikatoren legitimiert zu haben.

Bei der Analyse des Umgangs mit diesen prozessproduzierten Daten fällt im weiteren auf, dass der Auftragnehmer in der 1. Phase des Projekts eine wesentlich kritischere Haltung einnahm, als der jetzige Auftragnehmer.

Trotz dieser kritischen grundsätzlichen Sicht wird im folgenden versucht, quantitative und qualitative Erkenntnisse aus den Daten zu gewinnen.

Wir erheben dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit bei der Auswertung der prozessproduzierten Daten. Vielmehr geht es darum, fallweise Probleme und Möglichkeiten dieser Datenquelle aufzuzeigen.

#### 6.2.2.3.2 *Ergebnisse der prozessproduzierten Daten*

Der Vergleich der Besucherzahlen zwischen der alten Website (Januar – Mitte Dezember 2001) und der neuen (März – Juni 2002) Website zeigt:<sup>234</sup>

- Die monatliche Besucherzahl hat sich im Durchschnitt ungefähr von rund 5'000 auf rund 10'000 verdoppelt.<sup>235</sup>

---

<sup>233</sup> Als Beispiel dafür mag die folgende Aussage stehen: "Insgesamt ist die Website von vor der Neulancierung Weltweiter Platz: 1'583'555 auf nunmehr Platz 160'910 angestiegen (Quelle www.alex.com)." (Mail des Internet-Verantwortlichen der Agentur vom Juni 2002)

<sup>234</sup> Datenquelle XI (vgl. Darstellung 7)

- Der Anteil der Besuche am Wochenende ist mit rund 20% in etwa gleich geblieben.
- Im Tagesverlauf zeigt sich eine geringe Verschiebung von der Arbeitszeit (0800-1700) zur arbeitsfreien Zeit
- Die mittlere Besuchszeit hat sich von rund 5 Minuten (auch im Jahre 2000) auf rund 2 Minuten verringert.
- Der Anteil der Besucher, die mehrmals kamen, ist mit rund 15% in etwa gleich geblieben.<sup>236 237</sup>

Seit Mai 2002 wird eine Anzahl von externen Links getrackt. Die überwiegende Mehrheit (87%) sind deutschschweizerische Links, 12% französischsprachige und 1% italienischsprachige Seiten. Ein grosser Mangel des Trackings besteht darin, dass der Link zum Club nicht getrackt wurde, also über die Nutzung nichts ausgesagt werden kann! Die Auswertung zeigt folgende Rangliste nach Häufigkeit:<sup>238</sup>

- |   |                    |
|---|--------------------|
| - Download Spacebar   | 84%                |
| - Schweiz. Fachstelle für Alkohol-<br>und andere Drogenfragen | 12% <sup>239</sup> |
| - Anonyme Alkoholiker   | 2%                 |

Die andern Links werden praktisch nicht genutzt.

**Beurteilung**

Versucht man diese Befunde vor dem Hintergrunde der obigen Ausführungen (vgl. 6.2.2.3.1) zu interpretieren, so kommt man zu folgenden **Schlüssen**:

- Die Nutzung konnte erhöht werden, das gesetzte Ziel (rund 18'000 Visits<sup>240</sup>) scheint jedoch noch nicht erreicht zu sein.
- Die überwiegende Nutzung während der Arbeitszeit weist auf eine vorwiegend berufliche Nutzung hin.<sup>241</sup> Das hiesse

<sup>235</sup> Die Visits nach Monaten: März: 22'599 (Hochrechnung aufgrund von 12 Messtagen), April: 10862, Mai: 10322, Juni: 9170, Juli 8951 (Hochrechnung nach 28 Tagen)

<sup>236</sup> Gemäss Agentur kommen 80% bis 90% der Besucher 1 Mal, vor allem wegen des Spiels "Spacebar" (vgl. Protokoll Ausschuss-Sitzung vom 27. Juni 2002).

<sup>237</sup> Die Tatsache, dass die Zugriffe von Angehörigen des Programms sowie die administrativen Zugriffe in den Statistiken inbegriffen sind, ausser wenn sie über die fixe IP-Adresse des BAG kommen, verringert die Validität gerade dieser Zahl.

<sup>238</sup> Basis der Prozentuierung: Total der Links der Unique Visits (11049) bis 28. Juli 2002

<sup>239</sup> Davon: Homepage 5%, Beratung 4% und Gesundheitspolitik 3%

<sup>240</sup> vgl. Vertrag vom 15.11.2001

auch, dass es (noch) nicht gelungen ist, die private Nutzung durch die angesprochene Zielgruppe zu erreichen. Oder aber es fragt sich, ob der Entscheid für die Neuorientierung genügend datengestützt war und nicht die Nutzung durch die vermutete Hauptnutzergruppe gefährden könnte.

- Die erkennbare verkürzte Besuchsdauer könnte für diese Vermutung ein Hinweis sein.
- Die Wiederbesuchsrate scheint sich nicht erhöht zu haben.

### 6.2.2.3.3 Ergebnisse der Analyse von Paneldaten

In Ergänzung zu den prozessproduzierten Daten wurden im Rahmen der Evaluation Daten zum Nutzungsverhalten von Personen gesucht.

Solche Daten bietet die Firma MMXI Europe an. Sie beruhen auf einem Panel von rund 4000 Personen, die bereit sind, auf ihrem PC ein Messprogramm zu installieren, das das Internet-Nutzungsverhalten kontinuierlich aufzeichnet und direkt an die Firma weiterleitet. Jährlich werden im Rahmen eines sog. Establishment-Survey rund 42'500 Interviews durchgeführt, die als Basis zur vierteljährlichen Hochrechnung der Paneldaten auf die Grundgesamtheit der Internet-Nutzer dienen.

Auch wenn diese Daten im Kern prozessproduziert sind, unterscheiden sie sich grundsätzlich von den oben dargestellten Mess-Tools, da sie auf Nutzerseite und nicht auf Anbieterseite (Website) gemessen werden. Die Daten beschreiben somit reales Nutzerverhalten. Allerdings wird dabei nur die Nutzung gemessen, die zu Hause stattfindet, die Nutzung am Arbeitsplatz ist ausgeschlossen. Dies ist bei Vergleichen mit den prozessproduzierten Daten der Website-Betreiber zu berücksichtigen. Im Hinblick auf die der Neuausrichtung der Website zugrundeliegenden Hypothesen spielt dies aber kaum eine Rolle, da sich diese in erster Linie auf die private Nutzung beziehen.

Für die vorliegende Evaluation wurden Daten für die Perioden März bis Juni 2001 sowie März bis Juni 2002 eingekauft, um die beiden Auftritte miteinander vergleichen zu können.

---

<sup>241</sup> Diese Auffassung wird vom Internet-Verantwortlichen der Agentur geteilt: "Etwa 50% aller Visits auf der Website erfolgen während der Arbeitszeit (8.00 bis 18.00 Uhr), was zum grossen Teil auf Fachpublikum schliessen lässt. Etwa 30% erfolgen in der Abendzeit (18.00 bis 24.00 Uhr) und lässt auf Privater schlüssen. Der Rest von 20% (0.00 bis 8.00 Uhr) liegt vermutlich vorwiegend in Zugriffen aus andern Zeitzonen." (Mail vom Juni 2002)

Grundsätzlich gilt anzumerken, dass die Nutzung aus der Sicht der MMXI klein ist und die Zahlen deshalb mit Vorsicht zu betrachten sind.<sup>242</sup> Konkret bedeutet es, dass die Basis der ungewichteten Daten ungefähr 1000mal kleiner ist als die hochrechnete Zahlen. Wenn im folgenden trotz dieser Einschränkungen Zahlen präsentiert werden, so geht es lediglich darum, **Hinweise auf Hypothesen** zu erhalten und nicht darum, solche zu testen.

Die Daten für die jeweiligen 4-Monatsperioden zeigen die folgenden Ergebnisse:<sup>243</sup>

- Die durchschnittliche Besucherzahl auf der Website beträgt 1'000 pro Monat (Periode in 2001) bzw. 4'750 (Periode in 2002). Dies sind 0.05% bzw. 0.18% aller Web-Besucher der jeweiligen Periode. Die Besucherzahl im Jahre 2002 war somit rund 5mal höher als im Vorjahr.
- Die Website wurde während eines Monats von einer Person im Jahre 2001 durchschnittlich an 0.75 Tagen besucht, im Jahre 2002 an 1.0 Tagen. Das bedeutet, dass die Website von einer Person innerhalb eines Monats nach wie vor rund einmal pro Monat besucht wird. Im Vergleich dazu werden alle anderen besuchten Websites im Durchschnitt rund 10mal pro Monat besucht (2001: 10.0 Tage, 2002: 9.6 Tage).
- Durchschnittlich verbringen Nutzer 314.3 Minuten pro Monat im Netz (2001) bzw. 292.9 Minuten (2002), auf der Website "Alles im Griff?" hingegen 3.2 Minuten<sup>244</sup> (2001) bzw. 1.1 Minuten (2002).
- Die Besucher sind in beiden Perioden nur Männer, insgesamt sind knapp die Hälfte aller Webbesucher Frauen (2001: 42%, 2002: 49%). Die Website von AiG? wird somit deutlich häufiger von Männern besucht.
- Die meisten Website-Besucher in beiden Perioden sind über 15 Jahre alt, während rund 10% der Web-Nutzer allgemein weniger als 15 Jahre alt sind.

---

<sup>242</sup> Zitat aus der Offerte vom 17. Juni 2002: "MMMXI weist ausdrücklich darauf hin, dass die Mustergrösse der interessierenden Website relativ klein ist. Die normalerweise bei MMXI üblichen Qualitäts-Standards werden daher unterschritten. (...) Bei der Dateninterpretation ist allerdings mit der gebotenen Zurückhaltung vorzugehen. Darüber hinaus ist es möglich, dass in einzelnen Zellen des Reportings keine Informationen dargestellt werden können."

<sup>243</sup> Datenquelle XII (vgl. Darstellung 7)

<sup>244</sup> In der Periode im Jahre 2001 wurden nur Besucher in 2 der 4 Monate gezählt, die durchschnittliche Besuchsdauern betragen 6.9 bzw. 5.8 Minuten. In der Periode 2002 schwanken die Besuchsdauern zwischen 0.6 und 1.7 Minuten.

- In etwa gleich viele Besucher der Website sind jünger als 35 Jahre bzw. 35 Jahre und älter. Bei den Web-Nutzern insgesamt überwiegen eher die Personen über 35 Jahren.
- Eine Source/Loss-Analyse, die aufzeigt, woher die Besucher kommen und wohin sie gehen, war nur für März 2002 möglich, da in den andern Monaten die Zahlen zu klein waren. Die meisten Besucher der Website kommen von www.admin.ch oder von www.sunrise.ch (je rund ein Drittel), die meisten (rund die Hälfte) gehen zu www.sunrise.ch. Diese Abgänger dürften Personen sein, die zum Spiel gehen (vgl. Fussnote 147, S. 120). Rund ein Drittel geht zu www.admin.ch.
- Eine Retention-Analyse, die Angaben über die Loyalität der Besucher liefert, war nur ausgehend vom Monat März 2002 möglich, da die Besucherzahlen in den andern Monaten zu gering waren. Von März-Besuchern hat ein Viertel die Website nochmals im April besucht, nachher nicht mehr.
- Eine Analyse der Site-Details, welche die Nutzung der einzelnen Seiten der Website zeigt, war aufgrund der geringen Besuchshäufigkeit nicht möglich.

Ein **Vergleich der Ergebnisse** aus den identischen Messperioden von 2001 und 2002 und der Vergleich mit den Daten der Web-Agenturen zeigt folgendes:

- Die Zahl der Besucher hat sich in etwa verdoppelt.  
Im Vergleich mit den Daten der Web-Agenturen sind die Besucherzahlen im Panel wesentlich tiefer: 1'000 statt 5'000 (2001) bzw. rund 5'000 statt 10'000 (2002). Eine Erklärung könnte darin liegen, dass das Panel nur die private Nutzung von Zuhause misst, während die Messungen der Web-Agenturen die Nutzung ab Arbeitsplatz, ab öffentlichen Stationen sowie aus dem Ausland nicht misst.
- Die Besuchshäufigkeit der Website "Alles im Griff?" hat sich nicht verändert, sie wurde durchschnittlich an einem Tag im Monat besucht. Dies deutet darauf hin, dass Wiederholungsbesuche selten vorkommen dürften.
- Die Verweildauer hat sich in etwa halbiert.  
Dieser Befund ergibt sich aus beiden Datenquellen.
- Die Besucherstruktur hat sich nicht verändert: Männer aller Altersklassen.

- Von geschätzt 10'000 Besuchern im März 2002 sind rund 5'000 zu Sunrise weitergegangen, vermutlich zum Spiel. Nimmt man diese 50% Abgang zu Sunrise als Wert für alle 4 Mess-Monate, so würden sich aus den total 19'000 geschätzten Besuchern (von Zuhause aus) rund 8'500 Abgänge zum Spiel ergeben. Das würde max. 8'500 Downloads bedeuten.

Vergleicht man diese Schätzung mit der Zahl der Downloads gemäss Agentur (96'000<sup>245</sup>, wovon 36'000 direkt von Sunrise<sup>246</sup>), so ergibt sich eine grosse Differenz. Sie kann im Sinne von Hypothesen auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden: Eine Erklärung dürfte wohl darin liegen, dass in der Sunrise Statistik alle Downloads gezählt wurden<sup>247</sup>, die Panelbefragung jedoch nur mit Unique Downloads arbeitet. Daneben ist zu beachten, dass die Panelbefragung nur Zugriffe von Zuhause aus und nicht vom Arbeitsplatz oder öffentlichen Stationen aus berücksichtigt. Im weiteren ist möglich, dass ein Teil der Zugriffe durch berufliche Nutzer aus Fachstellen und aus der Präventionsszene erfolgt.

- Die Wiederbesuchsquote ist tief.  
Beide Datenquellen zeigen, dass die Wiederbesuchsquote um 20% liegen dürfte. Das Ziel einer Zweitbesuchsquote von 100%<sup>248</sup> ist wohl nicht erreicht.
- Aussagen zur Nutzung der einzelnen Teile der Website sind aufgrund der prozessproduzierten Daten verlässlich kaum möglich, da die Statistiken nur die wenig aussagekräftigen Hits ausweisen und nicht Visits. Die "Top 30 of 730 Total URLs"<sup>249</sup> beziehen sich überwiegend auf Index- und Einstiegsseiten und auf das Spiel.

#### 6.2.2.3.4 Ergebnisse der qualitativen Surferbefragung

Angesichts der sich in der Analyse ergebenden Hypothesen zur Neuausrichtung der Website wurde versucht, Informationen über das Verhalten jungen Surfer zu beschaffen.

---

<sup>245</sup> gemäss Sunrise Statistik vom 06.03.02 bis 23.06.02

<sup>246</sup> vgl. Protokoll der Ausschuss-Sitzung vom 27. Juni 2002

<sup>247</sup> Da der Download einige Zeit beansprucht, ist unklar, wie häufig das Spiel heruntergeladen und nach dem Spiel wieder gelöscht wurde, so dass es bei einem weiteren Gebrauch nochmals geladen werden musste.

<sup>248</sup> vgl. die Zielvorgabe von 2 Visits pro Besucher (Vertrag vom 15.11.2001)

<sup>249</sup> Statistik zur neuen Website

Zu diesem Zwecke wurde eine Frage im Forum des Projekts "www.jugendszenen.com" des Lehrstuhls für Allgemeine Soziologie an der Universität Dortmund (Prof. Hitzler) platziert<sup>250</sup> sowie der Verantwortliche für die Szene LAN direkt angesprochen. Diese Bemühungen blieben ohne Antwort.

Im weiteren wurde abgeklärt, ob Personen aus dem Panel, welche die Website "Alles im Griff?" nutzen, zu ihrem Nutzungsverhalten und ihren Erfahrungen befragt werden könnten. Aus Gründen des Datenschutzes war dies nicht möglich.

So wurden aus einer aus dem Jahr 1999 datierenden Datenbank<sup>251</sup> von Personen, die ihr Einverständnis für Befragungen gegeben hatten, die 15-25jährigen Personen gezogen (n=601). Diese Personen wurden per E-Mail angefragt, ob sie zu einem Interview bereit wären. 11 Personen meldeten sich, davon konnten 7 telefonisch erreicht und befragt werden. Niemand davon hatte die Website "Alles im Griff" schon einmal besucht, einer Person war sie dem Namen nach aus der Presse bekannt.

Die Ergebnisse der **qualitativen Befragung** sowie weiterer informeller Gespräche mit Jungen fassen wir wie folgt in Form von Hypothesen zusammen:

- Suchen ist bei weitem die verbreitetste Tätigkeit im Netz, verbreiteter als Zeitung lesen, Chatten (Chatroom oder MSN Messenger), Spielen oder Einkaufen.
- Wenn gesucht wird, geschieht dies in der Regel gezielt und über Suchmaschinen. Völlig zufällig und ohne Leitidee wird kaum gesurft.
- Häufig gesucht werden Informationen für Schule und Ausbildung sowie für Ferien, Reisen oder andere Hobbies. Ein Teil der Internetnutzung kann als "symbolische Partizipation"<sup>252</sup> betrachtet werden.
- Gespielt wird etwa von der Hälfte der Personen. Frauen spielen deutlich seltener, und wenn sie spielen, dann vor allem Strategiespiele, Spiele ohne Gewalt, also keine "Baller"-Spiele.

---

<sup>250</sup> [www.jugendszenen.de](http://www.jugendszenen.de)

<sup>251</sup> Die Datenbank entstand im Rahmen eines Internetprojekts der IHA-GfK.

<sup>252</sup> Beispiele: Virtuelle Besichtigung von Feriendestinationen, ohne konkrete Absicht dorthin zu fahren. Virtuelle Besichtigung von Möbeln, Schmuck oder Kleidern.

- Spiele werden vor allem unter technischen Gesichtspunkten beurteilt: Grafik (inkl. Farbgestaltung) und Spielmöglichkeiten. Inhaltliche Aspekte bzw. der thematische Hintergrund eines Spiels interessieren kaum.

#### 6.2.2.3.5 Beantwortung der Fragen und Hypothesen zur Neuausrichtung

In Sinne einer Synthese der verschiedenen empirischen Analysen beantworten wir die oben (vgl. S. 84) formulierten Hypothesen:

- *Durch das Internet kann die Zielgruppe der Jungen optimal angesprochen werden. Oder anders formuliert: Die Jungen stellen die ideale Zielgruppe für den Internetauftritt des Programms dar.*

Die Internetnutzung ist bei Jungen häufiger und länger als bei Älteren, insofern kann die Hypothese gestützt werden.

Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass das Internet bekanntlich keine Grenzen hat. Umgesetzt auf die Fragestellung der Evaluation ist deshalb auch zu fragen, wie gross der Nutzungsanteil der Website aus der Schweiz ist.

Einen Hinweis gibt die Liste der Top 100 Spacebar-Spieler, da wohl davon ausgegangen werden kann, dass in der Schweiz nicht schlechter gespielt wird als in andern Ländern. Auf dieser Liste stehen am 29.07.2002 67% Einträge aus dem Ausland, 17% sind unbekannt und 15% aus der Schweiz.<sup>253</sup>

Unter dem Gesichtspunkt, im Rahmen einer nationalen Kampagne primär nationale Wirkung zu erzeugen, ist die Hypothese wohl etwas zu relativieren.

- *Eine spielerischere Gestaltung der Website erhöht die Nutzung, insbesondere durch die Zielgruppe der Jungen.*

Ausgehend von einem höheren explorativen Verhalten, wie es für das Surfen typisch ist, kann vermutet werden, dass die Hinweise auf den Club, das Spiel und den Wettbewerb bei einem Besuch auf der Homepage die weitere Nutzung der Website fördern. Die prozessproduzierten Daten zeigen, dass vor allem das Spiel genutzt wird, über die Nutzung des Club kann wegen fehlender Daten nichts gesagt werden. Insgesamt kann die Hypothese somit gestützt werden.

---

<sup>253</sup> Der gleiche Eindruck ergibt sich, wenn man die Kommentare zum Spiel sichtet. Die Mehrheit der Kommentare ist in Englisch und stammt offensichtlich aus dem Ausland.

Andererseits ist damit die Frage, ob man dadurch mehr Besuche auf der Website insgesamt erreicht, noch ungeklärt (vgl. auch die folgende Hypothese).

- *Wer zur Unterhaltung die Website besucht, liest auch die "Präventionsbotschaften und Informationen des Alkoholprogramms".*<sup>254</sup>

Die seit der Neuausrichtung gesunkene Besuchsdauer kann als Hinweis verstanden werden, dass weniger gelesen wird, was zu einer negativen Antwort auf die Frage führen würde. Ein potenzielles Hindernis in diesem Zusammenhang dürfte die Tatsache darstellen, dass der Weg zum Spiel von der Website wegführt. Es ist fraglich, ob gerade Personen in der vormotivationalen Phase nach dem Spiel den Weg zurück suchen.

Der Besuch des Club bedeutet an sich, dass man mit präventionsbezogenen Inhalten konfrontiert wird. Das fehlende Tracking lässt keine Aussagen über die Kontaktmöglichkeiten zu.

- *Die Erhöhung der Besucherzahlen führt zu grösserer Wirkung im Sinne der Sensibilisierung.*

Die Frage, ob auch sensibilisiert wird, wer spielt, ist für die Beurteilung zentral. Sie ist aber nicht schlüssig zu beantworten.

Für Spieler überwiegen die technischen Aspekte des Spiels wie sich aufgrund der Surferbefragung schliessen lässt. Das gleiche Ergebnis zeigt die Sichtung der Kommentare zum Spiel.

Andererseits zeigen ebenfalls die Kommentare, dass das Thema sehr wohl zur Kenntnis genommen wurde. Dabei ist allerdings die Aussage nicht immer klar wie einige Beispiele zeigen: "welcome to my drunken world", "cheers", "Hicks". Oder dann ist die Aussage, ironisierend oder nicht, gegenteilig zur gewünschten Richtung: "nice game, but alc is nicer", "Hmmm... Das Schpiel isch d Beshti bewis, wie guet mer au bsoffe chan schüsse!", "Drink Baileys!".

Unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen kann diese Hypothese kaum gestützt werden.

---

<sup>254</sup> zitiert aus Vertrag vom 15.11.2001, S. 2

## Beurteilung

Die aus der Sicht der Evaluation gestellten Fragen (vgl. 84) lassen sich nun wie folgt beantworten:

- *Ist die Begründung für die einseitige Ausrichtung des Internetauftritts auf Junge stichhaltig und ausreichend?*

Aufgrund der bisherigen Ausführungen und bspw. auch angesichts der vermuteten, starken Nutzung zu Arbeitszeiten und erachten wir die Begründungen als nicht ausreichend.

Ebenso erachten wir die Begründungen für die neue Ausrichtung und das Hintanstellen der bisherigen Ziele als ungenügend.

- *Sind die zugrundeliegenden Hypothesen dieser Neuorientierung genügend begründet?*

Wir halten diese Hypothesen für zu wenig begründet und fundiert, um Grundlage für die Neuorientierung zu sein.

Kommt dazu, dass eine spielerische Website oder ein Spiel, wie jeder andere Inhalt auch, rasch an Anziehungskraft verliert. Dies kann bspw. ein Grund dafür sein, dass der Nutzung der Website wieder zu sinken scheint. Je mehr Aktualitätsbezug oder eben "Fun"-oder "Gag"-Charakter hat, umso rascher verliert sie die Besucher, die gerade das suchen. Entweder sinkt die Nutzung der Website oder man präsentiert stetig Neues. Hinweise darauf zeigen sich in den Kommentaren zum Spiel: So werden immer wieder zusätzliche Spiel-Levels angesprochen. Zudem zeigt sich der erwähnte Mechanismus deutlich in den Produktstrategien der Spiele-Produzenten: Bestehende Spiele werden regelmässig erneuert, ausgebaut etc.

- *Was bedeutet eine höhere Besucherzahl für die Ziele des Programms?*

Eine Erhöhung der Besucherzahl führt nicht zwangsläufig zu einer erhöhten Wirksamkeit. Im Gegenteil, es könnte sogar argumentiert werden, dass auf der Website gelandete Surfer wegen des Spiels, das sie von der Seite wegführt, Inhalte der Website eben gerade nicht zur Kenntnis nehmen.

Aufgrund der stärkeren privaten Internetnutzung jüngerer Menschen ist anzunehmen, dass die neugestaltete Website hat wohl dieses Segment erschlossen hat.

Es ist allerdings fraglich, ob ein virtueller Kontakt am Bildschirm, in einem für Alkoholkonsum wohl wenig relevanten Zeitpunkt, im Vergleich bspw. zu einem Kontakt mit einer

"Alles-im-Griff?"-Botschaft im Rahmen eines Festes (z.B. im Rahmen des TP Gemeinden) – genügend bewirkt.

**Zusammenfassend** beurteilen wir die Auswirkungen des Teilprojekts Internet, dessen Konzept wir bereits kritisch hinterfragten, als fraglich und nur beschränkt zielführend.

*Empfehlung: Das Teilprojekt Internet ist konzeptuell zu überprüfen, und die aufgeworfenen Fragen sind zu klären.*

#### 6.2.2.4 Teilprojekt Gemeinden

Von den Behörden verabschiedete lokale Alkoholpolitiken, die das Ziel des TP darstellen, sowie andere Aktivitäten der Gemeinde auf dem Weg zu diesem Ziel verstehen wir als Outcome.

Eine Übersicht über den Stand des bisher Erreichten in den 17 bzw. 21 Gemeinden<sup>255</sup> gibt folgendes Bild: In der grossen Mehrheit der Zielgemeinden konnte ein kommunales Projekt mit der Unterstützung des Gemeinderates gestartet werden, in 3 Gemeinden kam es nicht so weit. Ebenfalls wurden in den meisten Gemeinden bereits Einzelmassnahmen realisiert.

*Darstellung 52: Übersicht über den Stand der Auswirkungen nach Gemeinden<sup>256</sup>*

Stand der Auswirkung	Ja	Offen	Nein
Offizielle Unterstützung des Gemeinderates für das Projekt liegt vor	14		3
Einzelmassnahmen bereits realisiert	12	1	4

Über den Stand der Entwicklung der Alkoholpolitiken gehen die Aussagen der VertreterInnen der Fachstellen, welche die Gemeinden angefragt hatten, einerseits und der Teilprojektleitung andererseits auseinander: Die Fachstellen sind wesentlich zu-

<sup>255</sup> Die Zielgruppe besteht aus 21 Gemeinden, wovon sich 5 gemeinsam als Bezirk beteiligen. Aus diesem Grunde wird in der Folge von 17 Gemeinden gesprochen.

<sup>256</sup> Interne Zusammenstellung des TP Gemeinden vom 13.09.2002 und Datenquelle 14 (vgl. Darstellung 6)

rückhaltender, was die formelle Beschlussfassung des Gemeinderates betrifft. Ihrer Meinung nach liegen formell verabschiedete Politiken in nur 3 Fällen vor. Die TP-Leitung sieht dies in 9 Fällen gegeben, wobei sie auch Konzepte und Massnahmenpakete als Alkoholpolitik versteht. Kleiner sind die Unterschiede, wenn es um die Frage geht, in wie vielen Gemeinden noch gar nichts in Richtung lokaler Alkoholpolitik geschehen sei. Nach Meinung der Fachstellen ist dies in 8 Gemeinden der Fall, nach Meinung der TP-Leitung nur in 5 Gemeinden

Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Alkoholpolitiken interessieren auch die Beurteilung der bisherigen Arbeiten aus Sicht der **Mitglieder der lokalen Projektgruppen**.<sup>257</sup> Zusammengefasst lässt sich festhalten:

- Bis auf eine befragte Person würden sich aus heutiger Sicht alle 12 wieder auf das Projekt einlassen (9 "ja" bzw. 2 "eher ja"). Dies wird vor allem damit begründet, dass durch das Projekt verschiedene Kreise zusammengeführt worden seien, um gemeinsam etwas anzupacken, das alle betrifft.
- Bis auf eine Ausnahme meinen die Befragten, dass das Projekt wie geplant realisiert werde (7 "ja" bzw. 4 "eher ja").
- Wiederum 11 Befragte würden einer andern Gemeinde empfehlen, ein Projekt dieser Art zu beginnen (7 "ja" bzw. 4 "eher ja").

Ein wichtiges Kriterium für die Einwirkung oder den Effekt eines Programms ist die Frage, ob auch ohne das Programm etwas gemacht worden wäre (Mitnahmeeffekt). Nach Meinung einer Mehrheit der FachstellenvertreterInnen hätte "ihre" Gemeinde auch ohne Anstoss etwas in Prävention gemacht, aber nicht das, was jetzt geschieht.

---

<sup>257</sup> Datenquelle 15 (vgl. Darstellung 6), zu beachten ist die beschränkte Aussagekraft wegen des tiefen Rücklaufs von nur 25% (n=12).

Darstellung 53: Beurteilung des Mitnahmeeffekts durch die FachstellenvertreterInnen (n=17)<sup>258</sup>

"Hätte die Gemeinde ohne den Anstoss durch das Projekt von sich aus etwas im Bereich Alkohol gemacht oder nicht?"	Anzahl Nennungen
ja (unspezifische Formulierung)	3
ja, aber nicht so	5
nein, nichts gemacht	5
keine Antwort	4

Die gleiche Frage wurde durch Mitglieder der lokalen Projektgruppe beantwortet. Es fällt auf, dass Mitglieder der gleichen Projektgruppe teilweise unterschiedlich antworten, aber in etwa werden die Antworten der Fachstellen bestätigt.

### Beurteilung und Empfehlung

Die Formulierung lokaler Alkoholpolitiken scheint auf einem guten Weg zu sein, wenn das Ziel auch noch nicht erreicht ist. Der Weg zu einer kommunalen Alkoholpolitik, die auch den Vollzug und die Kontrolle beinhaltet, was ja die Voraussetzung für Nachhaltigkeit bedeutet, scheint noch weit zu sein. Hier ist das Ergebnis noch ungenügend. Ob es in allen Fällen nur eine Frage der Zeit ist, wird sich weisen. Wir haben den Eindruck, dass nicht überall klar ist, was mit lokalen Alkoholpolitiken gemeint ist. Zudem gibt es Anzeichen dafür, dass die Gemeinden das Verständnis für eine umfassende Alkoholpolitik noch nicht aufbringen, sondern mit sektoriellen Massnahmen ihre Aufgabe erfüllt zu haben glauben.

Der Mitnahmeeffekt kann nicht abschliessend beurteilt werden. Wenn man die Erarbeitung einer lokalen Alkoholpolitik als Ziel nimmt, was einen neuen Ansatz darstellt, so hätte wäre ohne das Projekt kaum etwas in dieser Richtung geschehen. Somit kann der Mitnahmeeffekt in dieser Hinsicht, aber nicht in bezug auf Prävention allgemein, als gering bezeichnet werden.

<sup>258</sup> Datenquelle 14 (vgl. Darstellung 6)

*Empfehlung: In der geplanten Implementationsphase muss eine Fokussierung auf die Gemeinden der Pilotphase erhalten bleiben (vgl. bereits 6.1.2.4), damit begonnene Prozesse zum Abschluss gebracht und abschliessende Erfahrungen gemacht und genutzt werden können.*

### 6.2.2.5 Teilprojekt Helpline

Die wichtigsten Ergebnisse der Autoevaluation<sup>259</sup> lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die durchschnittliche Anzahl der alkoholbezogenen Anrufe schwankt zwischen 29 und 37 Anrufen pro Tag.
- Diese Anrufe machen 6% bis 7% der Anrufe insgesamt aus.
- Die überwiegende Mehrheit der Anrufe kommt von Selbstbetroffenen (rund 84%), Angehörige rufen in rund 11% der Fälle an.
- Die Mehrheit der Anrufenden (55% bis 67%) sind Frauen.
- Der Anteil der männlichen Anrufenden liegt bei den letzten zwei Erhebungen mit 33% beziehungsweise 31% tiefer gegenüber den Erhebungen von 1999 (44%) und 1998 (38%). Da in der Westschweiz der Männeranteil eher zugenommen hat, ist diese Reduktion auf die Entwicklung in der Deutschschweiz zurückzuführen.
- Den grössten Anteil bei den Anrufenden (zwischen 45% und 59%) machen die 40 bis 59 jährigen aus, der Anteil der 20 bis 30 jährigen beträgt zwischen 11% und 25%.
- Auch beim Alter unterscheiden sich die beiden letzten Erhebungen (2000) von den früheren: Der Anteil der 20 bis 30 jährigen liegt im Jahre 2000 bei 25% bzw. gegenüber 11% bzw. in den Jahren 1998 und 1999.

In den Erhebungsperioden 1998 und 1999 wurde die Art der gewährten Hilfeleistung nicht erfasst, das heisst, es wurde nicht erhoben, ob die Anrufenden an ExpertInnen weiter verwiesen wurden. In den beiden Erhebungsperioden im Jahre 2000 stand die eigene Beratungsleistung der Helpline 143 bei 73% bzw. 77% Anrufe im Vordergrund. Auf Fachleute verwiesen wurde in 22% bzw. 25% Fälle, Informationsmaterial wurde in 1% bzw. 2% Anrufe vermittelt.

---

<sup>259</sup> Maffli et al. (2001), Datenquelle XIV (vgl. Darstellung 7)

Offen ist, ob das Alkoholprogramm die Nutzung der Helpline im Falle von Alkoholproblemen förderte. Die Autoren der Autoevaluation kommen aufgrund der Ergebnisse zu folgendem Schluss: *"Entsprechende Hypothesen können jedoch mit den vorliegenden Daten nicht direkt überprüft werden."*<sup>260</sup>

Wie gut die anvisierten Zielgruppen des Programms (episodische Risikokonsumierende) mit der allgemein ausgerichteten Helpline erreicht werden konnten, lässt sich nicht genau sagen. Zwar haben in den letzten beiden Untersuchungszeiträumen, in denen die "Alles im Griff?"-Kampagne lief, etwas mehr Personen im Alter zwischen 20 und 39 Jahren angerufen und in der Deutschschweiz etwas mehr Frauen, aber die Anteile waren nicht so markant, dass die Effekte eindeutig auf die Kampagne zurückgeführt werden können.

Oder wie die Autoren der Autoevaluation ausführen: *"Insgesamt sprechen die vorliegenden Ergebnisse eher für unbedeutende Effekte der Kampagne auf die Bereitschaft, die allgemein ausgerichtete Helpline 143 wegen Alkoholproblemen in Anspruch zu nehmen. Eine sichere Bewertung der Lage fällt mit den vorliegenden Daten schwer, zumal weitergehende Informationen (z.B. wie die anrufende Person von der Helpline erfahren hat) in den allermeisten Fällen fehlen und für die Auswertung leider nicht berücksichtigt werden können."*<sup>261</sup>

### 6.2.3 Zusammenfassende Beurteilung

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Ziele des Programms, und vorrangig des TP Kampagne, sind in erster Linie die Sensibilisierung und die Erhöhung des Problembewusstseins in den Risikogruppen. Wie gezeigt (vgl. S. 173) hat sich bei den Stufen der Veränderungsbereitschaft noch keine Auswirkung gezeigt. Die Ergebnisse geben zur Vermutung Anlass, dass die Veränderungsbereitschaft 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.

<sup>260</sup> Maffli et al. (2001), S. 29

<sup>261</sup> Maffli et al. (2001) S. 29

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

Als zweiter Hinweis auf den Outcome ist festzustellen, dass das Teilprojekt Kampagne als zentrale Massnahme im Hinblick auf das obige Ziel kaum Betroffenheit auslöst und kaum Nachdenken anregt.

*Empfehlung: Es ist abzuklären, ob normenbezogene Botschaften mehr Betroffenheit auslösen oder mit welchen Massnahmen dies erreicht werden könnte.*

Als dritter Hinweis auf den Outcome kann die positive Akzeptanz des Programms verwendet werden.<sup>262</sup> In diesem Punkt hat das Programm seine Ziele erreicht. Die **Effektivität** kann erst aufgrund der Anschlussbefragung 2002 beurteilt werden. Die **Nachhaltigkeit** ist bisher noch als gering zu beurteilen.

*Empfehlung: Eine abschliessende Beurteilung der Effektivität ist auf Grund der Anschlussbefragung 2002 vorzunehmen.*

Die Auswirkungen der andern Teilprojekte sind unterschiedlich:

- Die Effektivität des TP Ärzte war bisher gering. Wir erachten jedoch das Potenzial als gross und die Chancen für Nachhaltigkeit als gut.
- Die TP Internet lässt sich bezüglich Effektivität nicht vollständig datengestützt beurteilen, sie wird jedoch als gering vermutet. Nachhaltigkeit kann nicht erwartet werden.
- Das TP Gemeinden hat die Ziele der Pilotphase erreicht, die Nachhaltigkeit kann noch nicht beurteilt werden. Es wird sich zeigen, wie sehr die beschlossenen Massnahmen auch tatsächlich vollzogen werden.
- Die Effektivität des TP Helpline ist als gering zu vermuten, die Nachhaltigkeit ebenfalls.

---

<sup>262</sup> Die "Bekanntmachung des Programms mit positiver Akzeptanz" war das Jahresziel 1999 des Programms, das ebenfalls mit dem Teilprojekt Kampagne erreicht werden sollte.

## 6.3 Die Einwirkungen des Programms (Impact)

### 6.3.1 Ebene Programm

Das Alkoholprogramm will die risikoreichen Trinkmuster in der Bevölkerung reduzieren. Die beiden bisher durchgeführten Befragungen<sup>263</sup> 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%.<sup>264</sup>

Darstellung 54: Konsummuster 1998 und 2000

Risikotyp	Baseline 1998	Anschlussbefragung 2000
risikoarm Konsumierende	72%	75%
episodische Risikokonsumierende	21%	18%
chronisch Konsumierende	3%	3%
Risikokumulierende	4%	4%
Total	100%	100%

- Bei den Frauen scheint sich eine positive Entwicklung abzuzeichnen: Der Anteil der episodischen Risikokonsumierenden ist um 7% auf 15% zurückgegangen. Bei den Männern ist er demgegenüber stabil geblieben (1998: 20%, 2000: 21%).
- Bezogen auf nur *einmaligen* übermässigen Konsum pro Monat<sup>265</sup> zeigt sich, dass der Anteil der episodischen Risikokonsumierenden in der Altersgruppe der 15-24jährigen um 9% zurückgegangen ist, bei den Männern um 13%, bei den Frauen um 6%, während er in allen andern Gruppen gering-

<sup>263</sup> Datenquelle IX und X (vgl. Darstellung 7)

<sup>264</sup> Aufgrund der statistischen Gegebenheiten ist bei 95% statistischer Sicherheit bei der Hochrechnung eine Bandbreite von max. +/- 2.5% zu berücksichtigen.

<sup>265</sup> Die Auswertungen der Anschlussbefragung 2000 (vgl. Müller et al. 2001) legten sowohl den als Norm definierten zweimaligen übermässigen Konsum (vgl. Darstellung 1) als auch den einmaligen übermässigen Konsum zu Grunde. Die verfügbaren Auswertungen für Altersgruppen und Sprachregionen beinhalten nur den *einmaligen* übermässigen Konsum pro Monat. Mittlerweile hat das Programm eine Verbesserung des Monitoring veranlasst: Im Rahmen der auf Frühjahr 2003 zu erwartenden Berichterstattung über die Anschlussbefragung 2002 werden alle Auswertungen ab 1998 neu vorgenommen, konsequent von der Norm des zweimaligen übermässigen Konsums ausgehend.

fällig angestiegen ist. Es kann vermutet werden, dass sich bei zweimaligem übermässigen Konsum ein ähnliches Bild ergibt.<sup>266</sup>

- In der Romandie ist der episodische Risikokonsum (*einmaliger übermässiger Konsum pro Monat*) auch im Jahre 2000 wesentlich stärker verbreitet als in der übrigen Schweiz (2000: 43% gegenüber 29% in der deutschen und 15% in der italienischen Schweiz.<sup>267</sup>
- Es sind in der Romandie jedoch – bezogen auf *einmaligen übermässigen Konsum pro Monat* – 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 zurückzuführen: Der Anteil der risikoarm konsumierenden Frauen ist nämlich von 38% auf 54% gestiegen.

Die Autoren des **Monitoringberichts**<sup>268</sup> 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<sup>269</sup> 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"*.

---

<sup>266</sup> Der Anteil der episodischen Risikokonsumierenden mit einmaligem übermässigen Konsum pro Monat betrug 1998 32% gegenüber 21% mit zweimaligen übermässigen Konsum.

<sup>267</sup> 1998: Französische Schweiz: 47%, deutsche Schweiz: 28%, italienische Schweiz: 17%

<sup>268</sup> Müller et al. (2001, S. 34 ff.)

<sup>269</sup> vgl. Fussnote 265

- "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, 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.*

### **6.3.2 Ebene Teilprojekte**

Angesichts der Tatsache, dass keine Einwirkungen des Programms festzustellen sind, ist es schwierig, Aussagen zu allfälligen Einwirkungen der Teilprojekte zu machen.

Auch wenn solche Veränderungen vorliegen würden, wäre die Frage offen, auf welche Massnahmen oder Teilprojekte sie denn zurückzuführen wären. Dennoch ist es im Hinblick auf die Steuerung des Programms wünschbar, darüber Aussagen zu machen. Deshalb soll der Versuch unternommen werden, Hinweise zu geben und vorhandene Potenziale aufzuzeigen. Anstelle empirischer Befunde zu den Einwirkungen treten aber die Beurteilungen und Einschätzungen der Evaluation, die sich auf die empirischen Ergebnisse der Analyse von Konzept, Umsetzung und Auswirkungen stützen.

#### **6.3.2.1 Teilprojekt Kampagne/Partneraktivitäten**

Aussagen zur Veränderung – oder Nicht-Veränderung – der Trinkmuster sind ganz wesentlich Aussagen zur Wirkung des TP Kampagne. Als einziges Teilprojekt hat es im bisherigen Programmverlauf eine Breitenwirkung angestrebt und auch gehabt ist. Die Ergebnisse der Baseline-Befragung von 1998 und der Anschlussbefragung von 2000, die dem Monitoring der risikoreichen Trinkmuster dienen und nicht im Rahmen der Globalevaluation durchgeführt wurden, erlauben wie wir gesehen haben, keine Aussagen zur Wirkung auf das Globalziel der Reduktion der risikoreichen Trinkmuster.

Im Rahmen des Posttests 2001 wurden die Konsummuster ebenfalls erhoben. Der Vergleich der Daten 2001 mit den früheren Erhebungen zeigt teilweise bedeutende Unterschiede: Der Anteil der episodischen Risikokonsumierenden ist deutlich tiefer, dafür werden mehr Chronische und Risikokumulierende ausgewiesen.

Darstellung 2: Konsummuster 1998, 2000 und 2001

Risikotyp	Baseline Befragung 1998	Anschluss- befragung 2000	Posttest 2001
risikoarm Konsumierende	72%	75%	52%
episodische Risikokonsumierende	21%	18%	16%
chronisch Konsumierende	3%	3%	13%
Risikokumulierende	4%	4%	19%
Total	100%	100%	100%

Die Unterschiede dürfen nicht überbewertet werden, da sie methodische Artefakte sein könnten. Der Posttest 2001 wurde nämlich persönlich statt telefonisch durchgeführt und zudem war der Fragebogen etwas anders aufgebaut, da der Posttest der Kampagne im Vordergrund stand.

Die Ergebnisse von 2001 erlauben somit ebenfalls **keine Aussagen** zur Wirkung auf das Globalziel der Reduktion der risikoreichen Trinkmuster.

Es sind wegen fehlender Daten keine Aussagen zur Wirkung der **Partneraktivitäten** möglich.

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die bisherigen Messungen der Konsummuster erlauben keine Beurteilung der Einwirkungen des TP Kampagne.

*Empfehlung: Da grosse Vorsicht bei der Interpretation von Daten geboten ist, muss für verbindliche Aussagen die geplante Anschlussbefragung 2002 abgewartet werden.*

#### **6.3.2.2 Teilprojekt Ärzte**

Um Wirkungen auf das Globalziel, die Reduktion risikoreicher Trinkmuster in der Bevölkerung festzustellen, ist die bisherige Laufzeit des TP zu kurz. Die fehlenden Informationen über al-

lenfalls verändertes Ärzteverhalten erlauben auch die Formulierung von Hypothesen zu diese Punkte nicht.

Wenn man sich auf die Zahlen der Literatur<sup>270</sup> stützt, kann eine **Schätzung** versucht werden. Geht man von den durch das TP angeregten 37'884 Kurzinterventionen pro Jahr aus (vgl. 6.2.2.2), so kann man daraus eine jährliche Reduktion des Alkoholkonsums in rund 10'223<sup>271</sup> oder in rund 17'048 Fällen<sup>272</sup> ableiten.

Der Anteil der risikoreichen Trinkmuster (episodische Risikokonsumierende, chronische Risikokonsumierende und Risikokumulierer) in der Bevölkerung von 15-74 Jahre beträgt gemäss der Anschlussbefragung 2000 der SFA<sup>273</sup> rund 40%. Umgerechnet auf die Bevölkerung zwischen 15 und 74 Jahren sind dies rund 2'062'000 Personen.

Die geschätzten 10'223 bzw. 17'048 jährlichen Fälle mit reduziertem Konsum machen somit **0.5% bzw. 0.8%** der Bevölkerung zwischen 15 und 74 Jahren aus. Ob dies viel oder wenig ist, ist angesichts fehlender Beurteilungsmassstäbe nicht zu sagen.

Interessanter erscheint ein Blick auf die **Kosten pro reduziertem Trinkmuster**. Bei einem Budget von rund Fr. 900'000 für die Jahre 1999-2002 (bis Ende Juli) für das Teilprojekt<sup>274</sup> ergeben sich durchschnittliche Kosten von Fr. 88 bzw. Fr. 53 je reduziertem Trinkmuster. Angesichts der jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz von mehr als drei Milliarden Franken<sup>275</sup> können diese Kosten als gering erachtet werden.

Die obigen Überlegungen zeigen im übrigen, welch grosses **Potenzial** das TP besitzt:

- Nehmen wir an, dass die Hälfte der 5800 Allgemeinpraktiker und Internisten Kurzinterventionen macht.<sup>276</sup>

---

<sup>270</sup> Stoll et al. (1999)

<sup>271</sup> Stoll et al. (2001) zitieren eine Studie von Bien et al. (1993), nach der eine Meta-Analyse von 32 Studien eine Reduktion des Konsums in 27% in der Interventionsgruppe ergeben hat.

<sup>272</sup> Wilk et al. (1997) beschreiben in einer Meta-Analyse den Effekt von ein oder zwei Kurzinterventionen mit 45%.

<sup>273</sup> Müller et al. (2001)

<sup>274</sup> Es wurden hier der Einfachheit halber mit den vollen Kosten gerechnet, die auch den Aufbau des TP beinhalten.

<sup>275</sup> SFA (1999)

<sup>276</sup> Gestützt auf die Tatsache, dass 53% der Teilnehmenden angaben, Kurzinterventionen zu machen.

- Setzt man dabei die erhobene Zahl von durchschnittlich 16 Kurzinterventionen pro Monat ein, so ergäben sich 556'800 Kurzinterventionen pro Jahr.
- Setzt man wiederum die Erfolgswerte aus der Literatur ein, so ergäben sich rund 150'000 bzw. rund 250'000 **reduzierte Trinkmuster**. Das wären dann 7% bzw. 12% der Bevölkerung zwischen 15 und 74 Jahren. Auch wenn man vorsichtshalber zwei Kurzinterventionen als Voraussetzung für eine Reduktion des Konsums nimmt, ergäbe sich umgerechnet auf die Bevölkerung eine Reduktion des Konsums bei rund 4% bzw. 6%.

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Einwirkungen des TP Ärzte können zur Zeit wegen fehlender Daten nicht nachgewiesen werden. Auf Grund der Angaben in der Literatur lassen sich aber Schätzungen vornehmen, die auf ein grosses Potenzial des TP hinweisen. Zudem kann ebenfalls geschätzt werden, dass die Reduktion risikoreicher Trinkmuster mit Kurzinterventionen, wie sie das TP vermittelt, ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist.

*Empfehlung: Es ist ein Messsystem zu entwickeln, dass den Impact des TP verlässlich nachweisen kann.*

*Das TP ist bereits auf Grund der vorliegenden Informationen zu den Einwirkungen zu fördern.*

#### **6.3.2.3 Teilprojekt Internet**

Angesichts der Ausrichtung des TP Internet auf Jugendliche und junge Erwachsene ist darauf hinzuweisen, dass der Anteil der episodischen Risikokonsumierenden – bezogen auf *einmaligen* übermässigen Konsum pro Monat – in der Altersgruppe der 15-24jährigen um 9% zurückgegangen ist, bei den Männern um 13%, bei den Frauen um 6% (vgl. S. 206). In allen andern Gruppen ist der Anteil geringfügig angestiegen.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Dies könnte auf einen positiven Effekt hinweisen. Angesichts der geschilderten Fragen zu den Auswirkungen beurteilen wir diese Hypothese als wenig wahrscheinlich.

#### **6.3.2.4 Teilprojekt Gemeinden**

Ziel des TP Gemeinden ist die Formulierung und Umsetzung lokaler Alkoholpolitiken. Damit sollen die risikoreichen Trinkmuster der Bevölkerung in den betroffenen Gemeinden reduziert werden.

Es liegen nun aber keine Aussagen darüber vor, wie diese Alkoholpolitiken konkret die Konsummuster verändern oder welche Einwirkungen sie haben sollen. Es könnten dies begründete Hypothesen oder Hinweise auf Ergebnisse von Studien andernorts sein, wie dies beim TP Ärzte der Fall ist.

In diesem Zusammenhang ist interessant zu sehen, dass alle befragten VertreterInnen der Fachstellen, die Gemeinden rekrutiert haben, der Meinung sind, dass das Projekt der Gemeinde in 5 Jahren etwas bewirkt haben wird (5 "ja" bzw. 7 "eher ja"). Als Wirkungen werden vor allem genannt: Sensibilisierung, Schaffung von Reglementen und Strukturen sowie Einbindung der Vereine in die Prävention. Nur die zweite Nennung kann als Umsetzung einer lokalen Alkoholpolitik gesehen werden.

Die Mitglieder der lokalen Projektgruppe versprechen sich vom Projekt folgenden konkreten Nutzen:

- Sensibilisierung, Aufklärung,
- Aktivierung gemeinsamer Interessen,
- Etablieren einer nachhaltigen Prävention,
- Verringerung von Problemen wegen Alkohol,
- Impulse und Unterstützung in der Prävention.

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Eine Beurteilung der bisherigen Einwirkungen des TP ist also nicht möglich. Allerdings kann auf Grund der kurzen Wirkungsdauer des Pilotprojekts nicht angenommen werden, dass das TP bereits Einwirkungen gezeigt hat.

Bedeutsamer ist, dass die fehlenden Aussagen zum Zusammenhang von Auswirkungen und Einwirkungen des TP auch keine Beurteilung des Potenzials erlauben, wie das beim TP Ärzte der Fall ist.

*Empfehlung: Der mögliche Beitrag des TP an das Globalziel ist konzeptuell zu klären und nach Möglichkeit empirisch zu begründen.*

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

*Um verlässliche Ergebnisse über die Einwirkungen des TP zu erhalten, ist zu prüfen, ob das Monitoring der Trinkmuster auf nationaler Ebene nicht um ein Monitoring auf lokaler Ebene zu erweitern ist. Oder ob dies im Rahmen der zukünftigen Evaluation des TP erfolgen soll. Ein solcher Entscheid ist rasch zu treffen, damit Nullmessungen möglich werden.*

Aus den Ergebnissen, insbesondere den Antworten auf die offenen Fragen, wird aber auch sichtbar, dass die Idee einer lokalen Alkoholpolitik noch wenig verankert ist. Es scheint, dass sich zahlreiche Beteiligte auf Seiten der Fachstellen wie der Gemeinden noch kein konkretes Bild davon machen können.

*Empfehlung: Das TP muss sowohl eine länger dauernde Begleitung als auch eine eben solche Erfolgskontrolle sicherstellen, um die Implementation der angestrebten lokalen Alkoholpolitiken sicher zu stellen.*

### 6.3.2.5 Teilprojekt Helpline

#### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Einwirkungen des TP Helpline lassen sich nicht nachweisen. Die Evaluation kommt aber zum Schluss, dass das Globalziel von AiG? durch das Teilprojekt Helpline nicht beeinflusst wurde und daher für die Zielerreichung des Programms bedeutungslos war.

Das Teilprojekt ist auf konzeptueller Ebene zu wenig auf die Zielgruppe des Gesamtprogramms ausgerichtet. Zudem war die Dauer von einem Jahr viel zu kurz bemessen, um eine Wirkung erzielen zu können.

Dennoch hat das Teilprojekt Nationales Beratungstelefon ein gewisses Potenzial. Wenn die Mitarbeitenden des Telefons 143 in Alkoholbelangen und insbesondere im Bereich des Risikokonsums kompetent sind, können sie die Präventionsanstrengungen des Programms bei sich bietender Gelegenheit unterstützen.

*Empfehlung: Es ist sicherzustellen, dass die AnrufbeantworterInnen von Telefon 143 im Sinne des Programms agieren. Daher sollte das Weiterbildungsangebot an die Regionalstellen aktiv propagiert oder zumindest aufrecht erhalten werden.*

### 6.3.3 Zusammenfassende Beurteilung

Neben der Idee und Umsetzung der Teilprojekte beurteilten die Präventions- und Suchtfachleute auch deren Wirkungen (vgl. 4.2.6 und 5.2.6).

Die Wirkung kann wiederum nur für die TP Kampagne und Partneraktivitäten von der Mehrheit der befragten Fachleute beurteilt werden. Insgesamt nimmt die Zahl der Antwortenden von der Frage nach dem Konzept bis zur Frage nach der Wirkung deutlich ab.

Auch wenn die Beurteilung im Vergleich zur Beurteilung des Konzepts schlechter ausfällt (Mittelwert 4.1), so wird den TP dennoch eine "eher gute" Wirkung zugesprochen. Es fällt auf, dass insbesondere das TP Ärzte kritisch beurteilt wird von den wenigen Personen, die es beurteilen.

*Darstellung 55: Beurteilung der Wirkung der Teilprojekte*

*(Basis: 81 Befragte)*

Teilprojekt	Beurteilung (Mittelwert, 6-stufige Skala) <sup>277</sup>
Kampagne (52 Antworten)	4,3
Partneraktivitäten (46 Antworten)	4,2
Ärzte (10 Antworten)	3,9
Internet (22 Antworten)	4,4
Gemeinden (17 Antworten)	3,4
Helpline (10 Antworten)	4,2

<sup>277</sup> Skala: 1 = sehr schlecht, 6 = sehr gut

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Die Einwirkungen (Impact) des Alkoholprogramms können noch nicht beurteilt werden, es ist die Anschlussbefragung 2002 abzuwarten.

Angesichts der veränderten Kontextbedingungen seit Beginn des Programms kann auch eine Nicht-Veränderung der risikoreichen Trinkmuster wenig über Erfolg oder Misserfolg des Programms aussagen.

Wenn wir den mutmasslichen Erfolg des Programms auf Grund der Einwirkungen der Teilprojekte beurteilen, kommen wir zu folgendem Schluss:

- Die Einwirkungen des TP Kampagne/Partneraktivitäten sind gering, sie sind ja auch nicht Aufgabe dieses Teilprojekts.
- Der bisherige Impact des TP Ärzte ist noch gering, der zu erwartende Beitrag an das Globalziel jedoch ist gut.
- Der bisherige und der zu erwartende Beitrag des TP Internet ist gering.
- Der bisherige Beitrag des TP Gemeinden ist gering und der zu erwartende noch ungeklärt.
- Der bisherige Beitrag des TP Helpline ist gering.

*Empfehlung: Die zu erwartenden Einwirkungen der Teilprojekte sind theoretisch begründet und empirisch gestützt klar zu legen. und als Grundlage für Entscheide über die zukünftige Gestaltung des Programms zu verwenden.*

*Es ist zu prüfen, ob nicht gestützt auf das Transtheoretische Modell neue Optionen für Massnahmen, sprich Teilprojekte abzuleiten und umzusetzen sind.*

## **6.4 Zusammenfassung**

### **Beurteilung und Empfehlungen**

Mehrheitlich kann der **Output** des Alkoholprogramms als kohärent mit dem Konzept beurteilt werden. Die Qualität des Outputs der Teilprojekte ist allgemein gut bis sehr gut und die Arbeit ist effizient, auch wenn die quantitativen Ziele teilweise nicht erreicht wurden.

Das Programm hat dank dem Teilprojekt Kampagne eine positive Akzeptanz erreicht. Sie löst jedoch kaum Betroffenheit und Nachdenken über den eigenen Alkoholkonsum aus. So haben sich auch bei den Stufen der Veränderungsbereitschaft noch keine Auswirkungen ergeben.

Die Effektivität kann erst aufgrund der Anschlussbefragung 2002 beurteilt werden. Die Nachhaltigkeit ist bisher noch als gering zu beurteilen.

Die Teilprojekte haben die Ziele auf der Ebene des **Outcome** noch nicht erreicht., jedoch wird bei den Teilprojekten Ärzte und Gemeinden ein hohes Potenzial und eine gute Nachhaltigkeit vermutet.

Der **Impact** des Alkoholprogramms kann noch nicht beurteilt werden, es ist die Anschlussbefragung 2002 abzuwarten. Wir vermuten, dass die Teilprojekte auf Grund ihrer bisherigen Entwicklung noch kaum einen Beitrag zur Erreichung des Globalziels leisten konnten. Der zu erwartende Beitrag ist teilweise gut, teilweise ungeklärt und teilweise gering.

**Zusammenfassend kann die dritte Evaluationsfrage differenziert wie folgt beantwortet werden:**

- **die Leistungen (Outputs) des Programms sind qualitativ gut,**
- **die Auswirkungen (Outcome) sind positiv, haben aber die Ziele noch nicht erreicht, und**
- **die Einwirkungen (Impact) können noch nicht beurteilt werden.**

## 7 **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 dazugehörenden 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 Präventionsfachleuten<sup>278</sup> sei darum die Zielerreichung mit einem

---

<sup>278</sup> Datenquelle 4 (vgl. Darstellung 6)

Programm, welches sich auf die Prävention beschränke, auch längerfristig unsicher.

### **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 Veränderungen im gesetzlichen Bereich als prägender ein. Falls die skizzierten Veränderungen im Zusammenhang mit Strassenverkehrsgesetz eintreten, dürfte das allgemeine Umfeld für das Alkoholprogramm in etwa stabil werden.

*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,<sup>279</sup> 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.*

---

<sup>279</sup> SFA (2000)

Ein Einfluss des Kontexts auf die Ziele des **TP Kampagne** kann aus der Sicht des TP Kampagne nicht festgestellt werden. Ganz entscheidend war der Einfluss des Kontexts jedoch auf die sprachliche Gestaltung der Kampagne, der das TP sehr viel Beachtung schenkte.

Ein Einfluss des Kontexts auf die Ziele des **TP Ärzte** kann aus der Sicht des TP Ärzte nicht festgestellt werden. Hingegen ist ein solcher Einfluss bei der Zielerreichung auszumachen. Angesichts des unübersichtlichen und überreichen Angebots scheint ein breit angelegtes "top-down"-Marketing weniger erfolgversprechend als ein Ansatz "bottom-up", der sich lokale und regionale Strukturen zu nutze macht.

Ein Einfluss auf die Ziele und die Zielerreichung ist aus der Sicht des TP **Internet** nicht festzustellen.

Die Ziele des **TP Gemeinden** sind in dem Sinne stark vom Kontext beeinflusst worden, als die dezentrale Vorgehensweise auch eine Berücksichtigung der föderalistischen Tradition der Schweiz bedeutet. Auch der Entscheid, für die Westschweiz und das Tessin Unteraufträge an dort verankerte Organisationen zu erteilen, entsprang der Absicht, kontextbezogen vorzugehen. Auf der Ebene der Zielerreichung lassen sich noch keine Folgerungen über allfällige Kontexteinflüsse ziehen.

Vor dem Hintergrund beschränkter finanzieller Mittel zeigte die Umsetzungsplanung rasch, dass das TP Helpline nur machbar war, wenn man sich den sprachregionalen Gegebenheiten anpasste und das Projekt danach ausrichtete. Dies wirkte sich denn auch auf die Ziele des TP aus, die stark vom Kontext beeinflusst waren. Wegen der unterschiedlichen Ziele lassen sich bei der Zielerreichung keine kontextuellen Einflüsse ausmachen.

### **Beurteilung**

Insgesamt hat der Kontext weder auf die Ziele der Teilprojekte noch auf ihre Zielerreichung einen bedeutsamen Einfluss gehabt.

## **8 Gesamtbeurteilung und Empfehlungen zum Vorgehen**

Nachdem die Ergebnisse der Evaluation gemäss dem Wirkungsmodell (vgl. Darstellung 5) den 5 Modulen Konzept, Umsetzung, Output, Outcome und Impact dargestellt wurden, wird im folgenden unter Berücksichtigung aller Ergebnisse eine Gesamtbetrachtung vorgenommen. Dabei beschränken wir uns bewusst auf die wesentlichen Punkte und gehen nicht auf alle ausgeführten Details ein.

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 der Gestaltung der 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 durchzogen 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. Eindeutig positiv ist die Dreier-Trägerschaft von BAG, EAV und SFA.

Die Umsetzung des Programms ist insgesamt gut gelungen. Die Nachhaltigkeit des Alkoholprogramms ist zur Zeit noch ungenügend.

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 teilweise 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. Eine hohe Akzeptanz des Programms wurde erreicht, allerdings sind die Ziele bezogen auf die Veränderungsbereitschaft vermutlich nicht erreicht worden. Auch die Teilprojekte haben ihre Ziele nur teilweise erreicht, allerdings ist das Potenzial teilweise durchaus vorhanden.

Die Einwirkungen des Alkoholprogramms (Impact), d.h. die Reduktion der risikoreichen Konsummuster, können zur Zeit noch nicht verlässlich beurteilt werden. Allerdings ist angesichts des nicht in allen Teilprojekten vorhandenen Potenzials und der teilweise mangelnden Fortschritte in den Teilprojekten der Impact als gering einzuschätzen.

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, die aber noch keine deutlichen Auswirkungen zeigt. Dies liegt zum einen wohl an der – besonders für ein Präventionsprogramm – kurzen Wirkungszeit. Zum andern wohl auch an den veränderten und insgesamt schwieriger gewordenen Umfeldbedingungen.

*Daraus ergeben sich die folgenden **Empfehlungen**, die bereits eine Hierarchie und einen Arbeitsablauf beinhalten:*

- 1. Das Alkoholprogramm ist weiter zu führen.*
- 2. Das Design ist zu überprüfen. Die gewählte theoretische Grundlage, das Transtheoretische Modell, ist konsequent anzuwenden und umzusetzen: bei der Formulierung von Zielen, beim Entscheid für Massnahmen, sprich Teilprojekte, und bei der Formulierung von Botschaften.*
- 3. Es sind Massnahmen zu treffen, welche eine Erhöhung der Nachhaltigkeit des Programms erwarten lassen.*
- 4. Die bisherigen Teilprojekte sind auf ihren Beitrag an das Globalziel hin zu überprüfen und ihre künftige Budgetierung vor diesem Hintergrund entscheiden.*

5. *Auf Grund der bisherigen Erkenntnisse sind die Teilprojekte Ärzte und Gemeinden, auch wenn dessen Beitrag ans Globalziel noch zu wenig ausgewiesen ist, zu Lasten des Teilprojekts Kampagne stärker zu alimentieren.*
6. *Wenn das Teilprojekt Kampagne weiterhin zentraler Bestandteil des Programms bleibt, ist eine Erhöhung der finanziellen Mittel für die andern Teilprojekte nötig.*
7. *Die überarbeitete Programmlogik ist festzuschreiben. Insbesondere sind die vermuteten Beiträge an das Globalziel, die Reduktion risikoreicher Konsummuster, für alle Teilprojekte zu formulieren.*
8. *Die Teilprojekte sind entsprechend den Detailempfehlungen zu überarbeiten.*

## 9 Zusammenfassung der Empfehlungen

Um eine Übersicht zu geben, werden die Empfehlungen der Evaluation im folgenden zusammengefasst dargestellt und nach Ebenen und Adressaten gegliedert.

### 9.1 Empfehlungen an das BAG

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf programmübergreifende Aspekte und richten sich an das BAG als Veranstalter von Programmen.

1. *Es ist in Zukunft bei der Planung von Projekten vorgängig zu entscheiden, inwiefern die Rahmenbedingungen der Politik (kurzer Budgetrhythmus, Erfolgsdruck etc.) gegenüber den sachimmanenten Anforderungen eines Präventionsprogramms bei der Programmformulierung zu berücksichtigen sind, und zu klären, ob sie mitgestaltet werden können (z.B. Anstreben von mehrjährigen Verpflichtungskrediten). Im gleichen Sinne ist zu klären, ob extern erzeugter Zeitdruck bzw. Anpassungen des Programms an externe Einflüsse hinzunehmen sind oder ob die planmässige Realisierung des Programms Vorrang hat (vgl. 4.1.1).*
2. *Ein Programmkonzept oder Logframe, das den Ansprüchen des Programm-Managements genügt, ist für zukünftige Programme als verbindlich zu erklären (vgl. 4.1.1 und 4.1.2).*
3. *Eine präzise Festlegung der Zielgruppen eines Programms ist unabdingbar, sollte aber nach Möglichkeit vor Programmbeginn vorliegen (vgl. 4.1.1).*
4. *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 (vgl. 4.1.1).*
5. *Es ist zur Vermeidung dieser Schwierigkeiten für andere Programme grundsätzlich einerseits zu prüfen, ob diese Unverträglichkeiten nicht durch Anpassungen der Verwaltungsabläufe verringert werden können. Andererseits ist zu prüfen, ob nicht Auslagerungen in neue Strukturen (vgl. die Agenturen im Rahmen des Programms Energie Schweiz des Bundesamtes für Energie) möglich sind (vgl. 4.1.1).*

6. *Es ist bei Bundesprogrammen in Feldern, die schon von Kantonen bearbeitet werden, ein differenziertes Vorgehen zu wählen, das dem Prinzip der Subsidiarität folgt (vgl. 4.1.2).*
7. *Bei nationalen Programmen müssen die Landesteile in der Konzeption von Anfang einbezogen sein, damit die unterschiedlichen kulturellen Gegebenheiten einfließen können. Auch eine gute und sorgfältige sprachliche Anpassung von Botschaften kann ein allfälliges Defizit auf der konzeptuellen Ebene nicht ausgleichen (vgl. 4.1.2).*
8. *Konzeptualisierung und Umsetzung sind auch unter den Rahmenbedingungen der Politik oder der Umstände klar voneinander zu trennen (vgl. 4.1.2).*
9. *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 (vgl. 4.1.2).*
10. *Es ist im Hinblick auf weitere Programme zu prüfen, inwieweit führungsrelevante Kompetenzdelegationen nach ausserhalb des BAG möglich sind (vgl. 5.1.1).*
11. *Zugleich ist grundsätzlich vertieft abzuklären, wie die Bedürfnisse des Programm-Managements mit den Anforderungen der Verwaltungsstrukturen in Einklang gebracht werden können (vgl. 5.1.1).*
12. *Es sind grundsätzlich Möglichkeiten und Grenzen des Programmmanagement innerhalb der BAG-Struktur zu klären und allenfalls neue Formen zu entwickeln (vgl. 5.3).*
13. *Es ist bei der strategischen Planung von Programmen oder Massnahmenpaketen darauf zu achten, dass die strukturellen Gegebenheiten beim BAG keine strategischen Vorentscheide schaffen und die Erarbeitung von Handlungsoptionen nicht einengen (vgl. 5.1.2).*
14. *Es ist zu prüfen, ob das BAG im Zusammenhang mit dem Sponsoring von Programmen der grundsätzlichen Frage der Verknüpfung von amtlichem und privatwirtschaftlichem Auftritt nicht empirisch nachgehen will (vgl. 5.1.2).*
15. *Das BAG muss versuchen, die Politik für die Langfristigkeit Programmen, insbesondere von Präventionsprogrammen zu sensibilisieren (vgl. 5.1.4).*
16. *Besteht ein Programm aus Teilprojekten, so muss die Vernetzung der Teilprojekte Bestandteil des Programmkonzepts sein und gezielt erarbeitet werden (vgl. 5.1.4).*

17. *Das BAG hat die strategische Planung im Bereiche der Prävention zu verbessern und darauf gestützt konkrete Programme zu entwickeln, die im gegebenen Falle rasch umgesetzt werden können (vgl. 5.3).*
18. *Nachhaltigkeit muss in Zukunft bei Programmen des Bundes entscheidende Wichtigkeit zukommen (vgl. 5.3).*

## **9.2 Empfehlungen an Ausschuss und Aufsicht**

Die folgenden Empfehlungen an **Ausschuss und Aufsicht** beziehen sich nicht nur auf das Programm als Ganzes, sondern auch auf die Konzeption und allenfalls weitere Aspekte der Teilprojekte, die unseres Erachtens ebenfalls von diesen beiden Gremien beschlossen oder als Rahmenbedingungen definiert werden müssen. Damit bringen wir gleichzeitig zum Ausdruck, dass das Programm klar geführt werden muss.

### **Konzeption Programm**

19. *Für die geplante zweite Phase ist ein Konzept im Sinne eines Logframe zu erarbeiten (vgl. 4.1.2).*
20. *Die Zielsetzungen für die 2. Phase des Programms sind, gestützt auf die theoretische Grundlage, kohärent neu zu definieren und als Grundlage der Massnahmenplanung zu verwenden (vgl. 4.1.1).*
21. *Beim Re-Design des Programms für die 2. Phase sind die getätigten Investitionen angemessen zu berücksichtigen (vgl. 6.1.3).*
22. *Für die Fortsetzung des Programms ist die theoretische Grundlage konsequent auf die Formulierung der Ziele und Zielgruppen anzuwenden (vgl. 4.1.1).*
23. *Im Hinblick auf die Fortsetzung des Programms ist zu überprüfen, welche Teilprojekte beibehalten und wie die Mittel auf die Teilprojekte verteilt werden. (vgl. 4.1.2).*
24. *Das Programm muss sich den veränderten Gegebenheiten anpassen und eine dezentrale Verankerung anstreben, um sich Nachhaltigkeit zu verschaffen (vgl. 4.1.2).*
25. *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 (vgl. 4.1.2).*

26. 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 (vgl. 6.3.1).
27. Ein strategischer Schwerpunkt der 2. Phase des Programms muss darin liegen, die Voraussetzungen für eine Erhöhung der Nachhaltigkeit des Programms zu schaffen (vgl. 5.1.5).
28. Die zu erwartenden Einwirkungen der Teilprojekte sind theoretisch begründet und empirisch gestützt klar zu legen und als Grundlage für Entscheide über die zukünftige Gestaltung des Programms zu verwenden (vgl. 6.3.3).
29. Es ist zu prüfen, ob nicht gestützt auf das Transtheoretische Modell neue Optionen für Massnahmen, sprich Teilprojekte abzuleiten und umzusetzen sind (vgl. 6.3.3).
30. 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 (vgl. 5.3).
31. Für die Fortsetzung des Programms ist auf eine nachträgliche konkrete Erarbeitung eines Social Marketing-Konzepts zu verzichten. Der zu erwartende Nutzen steht wohl in einem ungünstigen Verhältnis zum erforderlichen Aufwand. Vorrang hat eine strikte Umsetzung des Transtheoretischen Modells (vgl. 4.1.2).
32. Die Ziele der Teilprojekte sind systematischer und detaillierter zu formulieren (vgl. 4.2.1).
33. Für die 2. Phase ist die Projektorganisation zu überprüfen, und die Details sind klarer zu regeln (vgl. 4.1.3).
34. Im Rahmen der besseren Regelung der Details ist auch eine grundsätzliche Vereinfachung der Projektorganisation zu prüfen (vgl. 4.1.3).
35. Es ist zu prüfen, ob in der 2. Phase des Programms nicht die überdachende Kommunikation zu verstärken ist (vgl. 4.2.6 und 6.1.1).
36. Grundsätzlich sind konzeptuelle Festlegungen zu vermeiden, welche die Wahl strategischer Optionen und damit den Handlungsspielraum von Anfang derart stark einschränken (vgl. 5.1.2).
37. Um den NAAP als Chance für das Programm zu nutzen, muss auf Bundesebene zwischen den Aktivitäten des NAAP und des Programms gut koordiniert werden (vgl. 7).

38. *Die Arbeit an einer umfassenden und departementübergreifenden Alkoholpolitik ist wieder aufzunehmen (vgl. 7).*

### **Konzeption Teilprojekte**

39. *Der inhaltliche Ansatz der **Kampagne** ist theoretisch und empirisch besser zu begründen (vgl. 4.2.1).*
40. *Die zusätzliche Nutzung der im Teilprojekt **Kampagne** entwickelten Materialien ist beizubehalten und nach Möglichkeit zu verstärken (vgl. 4.2.1).*
41. *Es ist für die Fortsetzung des Programms zu prüfen, ob nicht der Name der so genannten **Partneraktivitäten** zu ändern ist oder ob nicht mehr Partnerschaftliches unter diesem Etikett möglich ist (vgl. 4.2.1).*
42. *Die Positionierung des Teilprojekts **Internet** innerhalb des Programms ist im Hinblick auf seine Möglichkeiten und Grenzen zu klären. Zentral ist dabei zu klären, welche Ziele, abgeleitet aus den Zielen des Programms, für welche Zielgruppen formuliert werden können und ob sich diese Ziele gleichzeitig verfolgen lassen oder sich allenfalls ausschliessen (vgl. 4.2.3).*
43. *Das Teilprojekt **Internet** ist konzeptuell zu überprüfen und die aufgeworfenen Fragen zu klären (vgl. 6.2.2.3).*
44. *Es ist im Rahmen der Überprüfung des Teilprojekts **Internet** zu klären, ob die Portalfunktion als Ziel beibehalten werden soll (vgl. 6.1.2.3).*
45. *Bevor über den weiteren Ausbau des Teilprojekts **Gemeinden** entschieden wird, ist sein möglicher Beitrag an das Globalziel im Sinne einer ex ante-Evaluation konzeptuell zu klären und nach Möglichkeit empirisch zu begründen (vgl. 4.2.4 und 6.3.2.4).*

### **Umsetzung Programm**

46. *Es ist zu prüfen, ob im Ausschuss nicht eine Aufgabenteilung sinnvoll ist (vgl. 5.1.1).*
47. *Die Leitung des Teilprojekts Kampagnen ist aus dem Ausschuss zu entlassen (vgl. 5.1.1).*
48. *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 (vgl. 5.1.1).*
49. *Für die Fortsetzung des Programms sind Budgetierung und Abrechnung transparenter zu dokumentieren (vgl. 5.1.2).*

50. *Der Einbezug von Sponsoring ist unter Berücksichtigung zu der Folge- und Nebenwirkungen sorgfältig zu prüfen (vgl. 5.1.2).*
51. *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 (vgl. 5.1.3).*
52. *Die Führungsfunktion des Programms gegenüber den TP ist verstärkt wahrzunehmen (vgl. 5.3).*
53. *Trotz der nachvollziehbaren Schwierigkeiten muss vermehrt darauf geachtet werden, dass beim Entscheid für eine "Führung mit Zielen" die Ziele und geplanten Auswirkungen systematisch als Führungsinstrument genutzt und situationsgerecht angepasst werden (vgl. 5.1.4).*
54. *Bei Querschnittsprojekten, sind die Zuständigkeiten, die Schnittstellen und die Kontaktaufgaben klar zu regeln (vgl. 5.2.3).*
55. *In der Kommunikation an Fachleute ausserhalb eines Programms müssen – auch vor dem Hintergrund der politischen Gegebenheiten – realistische Termine und Ziele formuliert werden, damit ein Programm nicht unglaubwürdig erscheint (vgl. 4.1.1).*
56. *Das Teilprojekt Ärzte hat ein Marketingkonzept zu erstellen, dessen Marketing-Mix den gemachten Erfahrungen Rechnung trägt, und das Konzept ist rasch umzusetzen. Dabei ist vor allem der Ausgestaltung der Distributionskanäle sowie der Promotion Beachtung zu schenken. Zudem ist die Frage des Preis (auch im negativen Sinne als Nutzen) zu klären. Die diesbezüglich vorhandenen Ideen der TP-Leitung sind zu vertiefen und auf ihre Realisierung zu prüfen (vgl. 5.2.2).*
57. *Das Teilprojekt Ärzte ist bereits auf Grund der vorliegenden Informationen zu den Einwirkungen zu fördern (vgl. 6.3.2.2).*

### **Output Programm**

58. *Die Leistungen des Programms sind verstärkt auf die Ziele des Programms auszurichten. Es ist für die 2. Phase des Programms ein Re-Design vorzunehmen (vgl. 6.1.2.1).*

59. *Es ist sicherzustellen, dass die AnrufbeantworterInnen von Telefon 143 im Sinne des Programms agieren. Daher sollte das Weiterbildungsangebot an die Regionalstellen aktiv propagiert oder zumindest aufrecht erhalten werden (vgl. 6.3.2.5).*

### **Output Teilprojekte**

60. *So lange die konzeptuellen Fragen im Teilprojekt **Internet** nicht geklärt sind, sollen die Investitionen in den Output minimal gehalten sein (vgl. 6.1.2.3).*
61. *Die Aktivitäten des Teilprojekt **Gemeinden** sind vorderhand auf die Gemeinden der Pilotphase zu fokussieren bis die Ziele erreicht sind, sofern nicht wesentlich mehr Mittel zur Verfügung stehen (vgl. 6.1.2.4 und 6.2.2.4).*

### **Outcome Programm**

62. *Anstelle einer quantitativen Auswertung der Medienkonferenzen empfehlen wir eine inhaltliche Aufarbeitung der publizierten Artikel und Kommentare. Daraus lässt sich sowohl mehr über die Aufnahme des Programms allgemein als auch für die Medienarbeit im besonderen lernen (vgl. 6.2.1.1).*
63. *Es ist zu prüfen, auf welche Weise der konkrete Nutzen des Alkoholprogramms für die Präventions- und Suchtfachleute erhöht werden kann, da diesen im Hinblick auf eine Verankerung der Anliegen des Programms – und damit der Nachhaltigkeit – Bedeutung zukommt. Wenn der Bund vermehrt die Kantone in die Alkoholprävention einbinden will, können die regionalen und lokalen Fachstellen im Rahmen einer push-pull-Strategie die Nachfrage von unten prägen (vgl. 6.2.1.2).*
64. *Es ist zu prüfen, wie weit das Potenzial für Nachhaltigkeit durch Einbezug der regionalen und lokalen Präventions- und Suchtfachstellen ausgeschöpft werden soll und welche Mittel dazu erforderlich sind (vgl. 6.2.1.2).*
65. *Den Ursachen der tieferen Auswirkung des Programms in Kreisen der Prävention und Suchtberatung in der Romanie ist vertieft nachzugehen (vgl. 6.2.1.2).*
66. *Im Hinblick auf die angestrebte nationale Abdeckung des Programms ist die Akzeptanz in der Westschweiz zu erhöhen (vgl. 6.2.1.2).*

67. *Es ist zu überlegen, welche Wirkungen das Programm unter welchen Bedingungen bei den Medienschaffenden erzielen soll. Daraus sind die nötigen Massnahmen abzuleiten (vgl. 6.2.1.3).*
68. *Zur Zeit sollen noch keine Aussagen über die Auswirkungen gemacht werden, die Effektivität ist erst auf Grund der Anschlussbefragung 2002 zu beurteilen (vgl. 6.2.1.4 und 6.2.3).*
69. *Es ist zu prüfen, ob nicht Instrumente für die Messung des Werbedrucks nationaler Kampagnen auf die Zielgruppen entwickelt werden könnten (vgl. 6.2.1.2).*
70. *Das Erreichen von Nachhaltigkeit der Auswirkungen muss als ein vorrangiges Ziel der 2. Programmphase definiert werden (vgl. 6.2.1.4).*
71. *Es ist im Teilprojekt Kampagne abzuklären, ob sich mit einer Veränderung der Botschaften (klarere Normen bzw. präziser Hinweis auf richtiges bzw. falsches Verhalten) die Sensibilität und das Problembewusstsein nicht erhöhen lassen (vgl. 6.2.2.1).*
72. *Es ist an Hand der Literatur zu überprüfen, ob eine Kampagne dieser Art überhaupt auf der gewünschten Ebene Erfolge bringen kann, wenn es, wie im Falle des Risikokonsums nicht um eine unmittelbar drohende Gefährdung geht (vgl. 6.2.2.1).*

### **Impact Programm**

73. *Für eine verlässliche Beurteilung der Einwirkungen ist die dritte Messung abzuwarten (vgl. 6.3.1).*

### **Impact Teilprojekte**

74. *Es ist ein Messsystem zu entwickeln, dass den Impact des Teilprojekts **Ärzte** verlässlich nachweisen kann (vgl. 6.3.2.2).*
75. *Um verlässliche Ergebnisse über die Einwirkungen des Teilprojekts **Gemeinden** zu erhalten, ist zu prüfen, ob das Monitoring der Trinkmuster auf nationaler Ebene nicht um ein Monitoring auf lokaler Ebene zu erweitern ist. Oder ob dies im Rahmen der zukünftigen Evaluation des TP erfolgen soll. Ein solcher Entscheid ist rasch zu treffen, damit Nullmessungen möglich werden (vgl. 6.3.2.4).*

### 9.3 **Empfehlungen an die Teilprojektleitungen**

Die folgenden Empfehlungen richten sich an die **Leitungen der Teilprojekte**, da sie unserer Meinung nach operativer Natur sind.

#### **Umsetzung Teilprojekte**

76. *Das Marketing des Teilprojekt **Ärzte** ist zu verstärken, was zusätzliche Ressourcen erfordert (vgl. 6.1.2.2 und 6.2.2.2).*
77. *Im Teilprojekt **Ärzte** ist angesichts des Aufwandes zur Marktdurchdringung eine Verzettelung der Ressourcen zu vermeiden und die Aktivitäten sind zu fokussieren (vgl. 5.2.2).*
78. *Im Teilprojekt **Ärzte** sind auch bei der angestrebten dezentralen Struktur diejenigen Dienstleistungen, die zentral zur Entlastung der Kursleiter erbracht werden können, an das Sekretariat zu delegieren. (vgl. 5.2.2).*
79. *Der Stab der eigenaktiven Mitarbeitenden im Teilprojekt **Ärzte** ist zu vergrössern, damit die Struktur zunehmend von der Person des Teilprojektleiters unabhängig werden kann (vgl. 5.2.2).*
80. *Bei der Umsetzung des Teilprojekts **Gemeinden** ist das Potenzial zur Verankerung in den Kantonen im Hinblick auf die Nachhaltigkeit gezielt auszuschöpfen (vgl. 5.2.4 und 5.3).*

#### **Output Teilprojekte**

81. *Die Botschaften der **Kampagne** sind aus den Zielen abzuleiten (vgl. 6.1.2.1).*
82. *Falls bei den **Partneraktivitäten** die bestehende Konzeption erhalten bleibt, sind die Ziele zu quantifizieren (vgl. 6.1.2.1).*
83. *Es ist zu prüfen, ob im Teilprojekt **Ärzte** an Stelle der Alkoholprävention nicht die Methode der Kurzintervention in der Vordergrund zu stellen ist. Es würde also nicht Alkoholprävention vermarktet, sondern eine Methode (vgl. 6.1.2.2).*
84. *Die interne Statistik (Kurse, Kursbesucher etc.) im Teilprojekt **Ärzte** ist im Hinblick auf Controlling und Evaluation zu verbessern und zu systematisieren, ohne den administrativen Aufwand zu erhöhen (vgl. 6.1.2.2).*

85. Im Teilprojekt **Gemeinden** sind bei nicht-motivierten Gemeinden in der Implementationsphase versuchsweise direkte Interventionen bei den Gemeinden auszutesten (vgl. 6.1.2.4).
86. Im Teilprojekt **Ärzte** sind die intensiven Formen der Fortbildung in institutionalisierten Gefässen zu fördern (vgl. 6.2.2.2).
87. Die langfristigen Wirkungen der Fortbildung des Teilprojekts **Ärzte** sind in der 2. Programmphase systematisch zu erheben (vgl. 6.2.2.2).
88. Die positiven Erfahrungen und Beurteilungen der Teilnehmenden sind im Rahmen des Marketing des Teilprojekts **Ärzte** zu verwenden (vgl. 6.2.2.2).

#### **Impact Teilprojekte**

89. Da grosse Vorsicht bei der Interpretation von Daten geboten ist, muss für verbindliche Aussagen über den Impact des Teilprojekts **Kampagne** die geplante Anschlussbefragung 2002 abgewartet werden (vgl. 6.3.2.1).
90. Das Teilprojekt **Gemeinden** muss sowohl eine länger dauernde Begleitung als auch eine eben solche Erfolgskontrolle sicherstellen, um die Implementation der angestrebten lokalen Alkoholpolitiken sicher zu stellen (vgl. 6.3.2.4).

## **9.4 Empfehlungen an das Kompetenzzentrum für Evaluation des BAG**

Die folgenden, kurz begründeten Empfehlungen ergeben sich aus unsern Erfahrungen im Verlaufe unserer Arbeit und haben grundsätzlichen Charakter – sie sind auch als Empfehlungen an uns selbst zu sehen. Die Empfehlungen, die sich auf die zukünftige Evaluation des Alkoholprogramms beziehen, sind bereits in 9.2 und 9.3 enthalten oder aus dortigen Empfehlungen abgeleitet.

#### **Grundsätzlich**

91. Ein Evaluationsmandat ist präzise und klar zu formulieren. Neben generellen Fragen sind auch möglichst spezifische, dem Evaluationsgegenstand angepasste Fragen zu formulieren.

Je präziser die Fragen sind, desto präziser sind die Antworten und desto zielgerichteter und effektiver kann evaluiert werden.

92. *Das Logframe des zu evaluierenden Programm muss auch die Grundlage für das Evaluationsmandat sein oder umgekehrt: Im Logframe müssen die aus Programmsicht relevanten Evaluationsfragen bereits enthalten sein.*

Das Logframe enthält die zentralen Aussagen über erwartete Wirkungszusammenhänge, deshalb generiert es auch die zentralen Fragen für die Wirkungsevaluation.

93. *Die abschliessende Festlegung der Detailfragen kann auch erst nach einer bestimmten Einarbeitungszeit geschehen, wenn der Gegenstand analytisch ausreichend bearbeitet ist, um die relevanten Fragen zu stellen.*

Erst die konkrete Auseinandersetzung mit dem Evaluationsgegenstand ermöglicht eine abschliessende Frageformulierung.

94. *Ein Evaluationsmandat soll möglichst frühzeitig gesprochen werden, durchaus auch vor Beginn der konkreten Arbeiten des zu evaluierenden Programms.*

Eine Evaluation erfordert immer eine Phase der Detailkonzeption, da diese im Laufe der Offertstellung nicht geleistet werden kann. Wenn diese Detailkonzeption erst beginnen kann, wenn das zu evaluierende Programm bereits läuft, kommt die Evaluation von Beginn weg in einen Rückstand. Dies erschwert sowohl eine Begleitung im Sinne der formativen Evaluation als auch die Ausrichtung von Autoevaluationen auf das Ziel der externen Evaluation.

95. *Die Form der Berichterstattung ist unter Berücksichtigung von Evaluationsgegenstand und Evaluationsdesign spezifisch im Mandat festzuschreiben oder spätestens bei der definitiven Festlegung der Evaluationsfragen gemeinsam mit den Evaluierenden festzulegen.*

Auch wenn das Produkt der Evaluation immer ein Bericht ist, gibt es gegenstands- und auftragspezifische Anforderungen, denen Rechnung zu tragen ist.

### **bezogen auf das Alkoholprogramm**

96. *Ein Schwerpunkt der Evaluation der 2. Phase des Programms muss die Nachhaltigkeit des Programms zu sein (vgl. Empfehlung 27).*

97. *Die Evaluation hat den Folge- und Nebenwirkungen des Sponsorings nachzugehen (vgl. Empfehlung 50).*

98. *Das Monitoring der risikoreichen Konsummuster ist mittels weiterer Anschlussbefragungen fortzusetzen. (vgl. Empfehlung 68 und 73).*
99. *Der Impact des Teilprojekts Ärzte ist patientenseitig zu evaluieren (vgl. Empfehlung 74). Es ist zu prüfen, ob dafür nicht bestehende Instrumente wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung eingesetzt werden können.*
100. *Die Einwirkungen des Teilprojekts Gemeinden sind auf der Ebene der Trinkmuster zu evaluieren, sei es im Rahmen des nationalen Monitoring oder im Rahmen eines zusätzlichen Monitoring auf lokaler Ebene. Ein solcher Entscheid ist rasch zu treffen, damit Nullmessungen möglich werden (vgl. Empfehlung 75).*

## **10 Ein Vergleich des Massnahmenpakets Tabak mit dem Alkoholprogramm "Alles im Griff?"**

### **10.1 Vorbemerkung**

Der Vergleich beruht auf einer Gegenüberstellung des Schlussberichts der Evaluation des Massnahmenpaket Tabak (MPT)<sup>280</sup> und des Zwischenberichts der Konzept- und Umsetzungsevaluation des Alkoholprogramms "Alles im Griff?".<sup>281</sup>

Der Autor, Heinz Bolliger-Salzmänn, war seinerzeit Projektleiter der Evaluation MPT und verfügt somit über vertiefte Kenntnisse aus beiden Programmen und deren Evaluationen.

Der folgende Vergleich ist insbesondere unter dem Aspekt sinnvoll, als die beiden Programme ursprünglich zusammen geplant wurden, aus (finanz-) politischen Gründen dann aber kurz vor ihrem Start in zwei einzelne unabhängige Programme gegliedert und gestaffelt (das eine erst nach dem Ende des anderen) lanciert wurden. Dies hat auch aus Gründen der (personellen und infrastrukturellen) Kapazität und aus dem Bestreben heraus, dass das zweite Programm von den Schwächen und begangenen Fehlern des ersten profitieren sollte, Sinn gemacht.

Der vorliegende Bericht stellt nach der Beschreibung der Ausgangslage der beiden Programme einen Vergleich unter den Aspekten "Kontext", "Konzept" und "Umsetzung" an, indem jeweils Parallelen und Unterschiede zwischen den Programmen herausgearbeitet werden. Abgeschlossen wird er durch einen synoptischen Kommentar.

---

<sup>280</sup> Bolliger-Salzmänn et al. (2000)

<sup>281</sup> Furrer (2001)

## 10.2 Ausgangslage der beiden Programme

In den beiden Interventionsfeldern Tabak- und Alkoholprävention wird vom Bundesamt für Gesundheit nicht ohne Grund Handlungsbedarf gesehen: In der Schweiz ergeben sich jährlich ca. 60'000 Todesfälle, davon sind ca. 8'700 tabakbedingt (SFA, 1999, S. 43) und ca. 3'500 alkoholbedingt (SFA, 1999, S. 15). Die Grenzen vom Genusskonsum zum Risikokonsum und zur Abhängigkeit lassen sich bei beiden Drogen nur sehr schwer ziehen und beruhen auch auf individuellen, sozialen, geschlechts- und kulturbedingten Aspekten. Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogen (SFA) gibt folgende Zahlen bekannt: Rund 1.4 Mio. SchweizerInnen sind nikotinabhängig und ca. 1.3 Mio. trinken risikoreich, d.h. gewohnheitsmässig und/oder episodisch zuviel Alkohol. Rund 33% der Schweizer Bevölkerung rauchen und rund 82% trinken Alkohol, wobei 11% der Bevölkerung ca. 50 % des Alkohols konsumieren, während 71% die restlichen 50% trinken und ca. 18% abstinent leben. Es gibt relativ starke Abweichungen je nach Alter, Geschlecht und Region. Die gesellschaftlichen Kosten werden von den Konsumierenden selbst, Drittpersonen und von der Allgemeinheit (z.B. Staat, Versicherungen) getragen und sind für beide Drogen beachtlich: Die tabakbedingten Kosten betragen rund zehn Milliarden Franken (bei Einnahmen von 1.333 Milliarden an Tabaksondersteuern) (SFA, 1999, S. 45) und mindestens drei Milliarden Franken beim Alkohol (bei Einnahmen von 400 Millionen Franken aus den Alkoholsondersteuern) (SFA, 1999, S. 21). Angesichts dieser Fakten erscheint es nicht verwunderlich, dass das Bundesamt für Gesundheit in diesen Feldern aktiv werden wollte.

*"Anfang der 90er Jahren befasste sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Idee eines Massnahmenpaketes Alkohol und Tabak. Dieses Projekt sollte die Fortsetzung im legalen Drogenbereich einer Politik darstellen, welche mit dem Massnahmenpaket Drogen (MaPaDro) 1991 im illegalen Bereich eingeleitet wurde. Während den Vorarbeiten wurde 1993 über die Zwillingsinitiative abgestimmt. Als Folge der deutlichen Ablehnung und der prekären Bundesfinanzen nahm das BAG Mitte der 90er Jahre eine strategische Neuorientierung der Präventionspolitik vor. Um die Grösse einer möglichen Gegnerschaft zu beschränken, entschloss sich das BAG 1995, das Massnahmenpaket auseinander zu nehmen und den Tabakbereich*

*prioritär zu behandeln (Massnahmenpaket Tabak 1996-1999).<sup>282</sup>*

Im folgenden Vergleich geht es darum, die beiden Programme in Bezug auf die genannten Gesichtspunkte (Kontext, Konzepte und Umsetzung) nebeneinander zu stellen. In einem ersten Schritt werden die kontextuellen Parallelen und Unterschiede der beiden zur Diskussion stehenden Programme verglichen:

## **10.3 Ergebnisse des Vergleichs**

### **10.3.1 Kontext**

Der Vergleich zeigt die folgenden **Parallelen**:

- Die oben beschriebene epidemiologische Datenlage erlaubt es, sowohl von einer volkswirtschaftlichen wie auch von einer volksgesundheitlichen Notwendigkeit zu sprechen, um Interventionen des Bundes auf den entsprechenden Gebieten zu rechtfertigen.
- Der Bund betritt sowohl beim Tabak wie auch beim Alkohol Felder, die traditionell schon von verschiedenen und unterschiedlichen Akteuren besetzt waren (z.B. Fach- und Beratungsstellen, Kantone). Zusammen mit der Finanzmacht des BAG hat das „die jeweiligen Szenen“ verunsichert oder verärgert (auch, weil während der Konzeptualisierung, also im Vorfeld zu den eigentlichen Programmen, die entsprechenden Institutionen kaum begrüsst, nur lückenhaft informiert, geschweige denn konsultiert wurden). Einige der historisch in den Gebieten tätigen Institutionen kritisierten, dass das BAG nun auch als potenter Akteur mitmische.
- Bei beiden Programmen war die detaillierte Konzeptualisierung beim offiziellen Start der jeweiligen Aktivitäten noch nicht abgeschlossen, d.h. dass sich Konzeptarbeiten mit der Umsetzung z.T. zeitlich überschneiden. Nicht unüblich für die Praxis, aber immer wieder entgegen der Meinung aus den Lehrbüchern, wurden entsprechend in beiden Fällen die Evaluationen zu spät ausgeschrieben: die ersten Interven-

---

<sup>282</sup> Furrer (2001), S. 5

tionen waren teilweise schon am Laufen, als noch an den Evaluationsfragen gefeilt wurde.

Die Programme weisen die folgenden **Unterschiede** auf:

- Beim Alkoholprogramm (AiG?) haben sich im Vorfeld der Lancierung zwei Gesetzesänderungen ergeben, die einen zwar nicht objektiv feststellbaren, vermutlich aber nicht geringen Einfluss auf das Konsumverhalten bezüglich Alkoholi-ka ausgeübt haben: Einerseits wurde per 1. Juli 1999 im Zuge der Umsetzung der GATT/WTO-Regeln die Steuern auf importierten Spirituosen reduziert, was zu einer Verbilligung von bis zu 50% auf den Detailhandelspreis zur Folge hatte (Furrer, 2001, S. 8). Andererseits wurde das Gastgewerbesgesetz gelockert, indem u.a. in vielen Kantonen zur Führung eines Gastbetriebes kein Wirtepatent mehr nötig ist. Insofern startete AiG? quasi "unter erschwerten Bedingungen".
- Beim Massnahmenpaket Tabak (MPT) sind es nicht finanzpolitische Ereignisse *vor* der Laufzeit des Programms, sondern themenspezifische *während* der Laufzeit, die allerdings, im Gegensatz zu AiG?, einen positiven Einfluss ausübten. *"Auf internationaler Ebene wird v.a. das Verbot der Tabakwerbung in der EU und die Stellungnahme der WHO zur Tabakprävention als positives Signal für die schweizerische Tabakprävention angesehen. Auf nationaler Ebene ist die Lancierung der neuen Tabakkommission sowie die Stellungnahme der BAG-Direktion in bezug auf die Wichtigkeit der Tabakprävention für die Schweiz von Bedeutung."* Diese Entwicklungen wurden von Fachkreisen des Tabakbereichs entsprechend als positiv bewertet.
- Betreffend der Budgetierung war AiG? besser dotiert: Für das Alkoholprogramm wurden pro Jahr ca. 4 Mio. Fr. eingesetzt, für das Tabakprogramm waren es lediglich 2.5 Mio. Fr. pro Jahr. Der Umstand der ungenügenden finanziellen Ressourcen wurde im Schlussbericht zum MPT kritisiert, so dass die Erhöhung des Budgets beim Alkoholprogramm grundsätzlich zu begrüssen ist. Die Erhöhung lässt sich rechtfertigen, weil im AiG? eine (nicht billig zu habende) Medienkampagne finanziert wurde. In Anbetracht der volksgesundheitlichen Problemlage wird aber auch dieser Betrag wiederum als zu klein kritisiert.

### 10.3.2 Konzepte

Der nächste zu vergleichende Aspekt sind die Konzepte der beiden Programme. Dabei werden die Konzepte für die eigentlichen Programme und diejenigen für ihre jeweiligen Evaluationen getrennt behandelt.

Der Vergleich der **Programmkonzepte** ergibt nur eine **Parallele**:

- Beiden Programmen ist eigen, dass sie zu Beginn Zielsetzungen nannten, die von Fachleuten schon zum Vornherein als unrealistisch und zu ambitiös deklariert wurden: Das Senken der Prävalenzrate der Rauchenden von ca. 33% der Erwachsenen auf ca. 25% bis 28%, d.h. auf einen europäischen Spitzenrang, beim MPT ist ein ebenso verwegenes wie unerreichbares Ziel, wie das bei AiG? angestrebte Ziel, nämlich die Rate der Personen in der vormotivationalen Phase von 78% auf 70% der Bevölkerung zu senken. Bei beiden Programmen wurde in dem Zusammenhang bemängelt, dass solche Verhaltensänderungen auf der Bevölkerungsebene in den vorgegebenen Programmlaufzeiten und mit den gesprochenen Mitteln nicht zu realisieren sind.

Die **Unterschiede** auf Konzeptebene sind zahlreich:

- Das BAG war bei AiG? nicht mehr nur subsidiär tätig, sondern nahm, ganz im Sinne der Empfehlungen der Evaluation des MPT, eine klarere Führungsrolle ein.
- Im MPT wurden neben den Interventionsprojekten auch Forschungsprojekte finanziert. Dies macht in Anbetracht der epidemiologischen Datenlage im Tabakbereich Sinn (es wurden z.B. die sozialen Kosten errechnet oder ein Konzept erarbeitet für ein modulares „Forschungssystem Tabak“ im Sinne eines Tabakmonitoring), während diesbezüglich der Alkoholbereich besser gestellt ist und die entsprechenden Aufgaben im Pflichtenheft von Institutionen wie der SFA stehen.
- Die Struktur des MPT ist inhaltlich definiert: einerseits wurden Interventionsprojekte geplant und durchgeführt, die inhaltlich den Gebieten Prävention, Passivrauchen und Entwöhnung zugeordnet werden können. Andererseits wurden Forschungsprojekte finanziert, die epidemiologische oder volkswirtschaftliche Daten zur Verfügung stellten. Bei AiG? hingegen ist die Struktur des Projekts nach Teilaufga-

ben definiert: Es sind dies die Teilprojekte Kampagne, Internet, Ärzteprojekt, Nationales Beratungstelefon, Partneraktivitäten und Community Setting.

- Im MPT wurden die meisten Projekte extern vergeben, einige wenige führte das BAG (obwohl nur subsidiär tätig) in eigener Regie durch. Hier ist die Rolle des BAG bei AiG? klarer definiert: Das BAG war zwar für die Koordination des gesamten Massnahmenpakets zuständig, war aber vorwiegend für die Kampagne und die damit verbundenen Partneraktivitäten verantwortlich.
- Organisatorisch sind z.T. gewichtige Unterschiede festzustellen: Beim AiG? wurde von Anfang an ein Führungsgremium bestehend aus VertreterInnen des BAG, der EAV und der SFA bestellt, das klar unter der Federführung des BAG stand. Für die Umsetzung fachspezifischer Interventionen war von Anfang an der Einkauf und Beizug entsprechender Kompetenzen vorgesehen (z.B. die Dargebotene Hand oder Radix). Dies war beim MPT anders: hier wurden *innerhalb* des BAG für die inhaltlichen Schwerpunkte (Prävention, Passivrauchen und Entwöhnung) Stellen geschaffen (bzw. bestehenden Stellen neu ins Pflichtenheft geschrieben), damit diese entweder selbst Interventionsprojekte durchführen oder diese nach aussen vergeben sollen. Diese Organisationsstruktur machte das ganze Massnahmenpaket noch zusätzlich schwerfällig.
- Das MPT verfolgte (durch die Art der Droge gut begründet) eine abstinenzorientierte Politik: Nichtbeginnen (Primärprävention) mit Rauchen und die Entwöhnung (Sekundärprävention) vom Tabak sind wichtige Elemente des Massnahmenpakets. Bei AiG? geht es um einen moderaten, risikoarmen Alkoholkonsum, und Abstinenz wird explizit nicht angestrebt.
- Das MPT hatte ursprünglich als eines seiner Ziele die Strategie verfolgt, die "Sichtbarkeit (des MPT und des BAG)"<sup>283</sup> gezielt zu fördern (eines der Ziele, das im Laufe des Programms ohne explizite Mitteilung einfach fallen gelassen wurde (s.u. "Umsetzung: Parallelen in den beiden Programmen"). Die ursprünglich geplante massenmediale Kampagne kam aber (auch aus Kostengründen) nicht über das Konzeptstadium hinaus. Anders im AiG?: Die Kampagne bildet geradezu das Herzstück des gesamten Programms, so

---

<sup>283</sup> Bolliger et al., (2000), S. 23

stark, dass die anderen Teilprojekte in ihrem Schein verblasen und von der breiten Öffentlichkeit kaum und von Fachkreisen ungenügend zur Kenntnis genommen werden.

- Theoretisch ist AiG? um einiges besser begründet als es das MPT war: Als direkte Umsetzung einer Empfehlung der Evaluation des MPT haben die Programmverantwortlichen dem AiG? einen wohlbegründeten wissenschaftlich-theoretischen Rahmen gegeben: einerseits wurde den Überlegungen und Aktivitäten als Prozessmodell das Transtheoretische Modell zu Grunde gelegt, andererseits gingen sie bei der Implementierung der Massenkampagne vom Social Marketing-Ansatz aus.

Der **Vergleich der Evaluationskonzepte** zeigt folgende Unterschiede und Parallelen:

Das Massnahmenpaket Tabak wurde einer formativen Prozessevaluation unterzogen, während im AiG? das Konzept, die Umsetzung, der Output, der Impact und der Outcome innerhalb eines definierten Wirkungsmodells evaluiert wurde.

Die Aufgabenstellungen an die Evaluationen waren vom BAG unterschiedlich definiert, obwohl die eigentlichen Evaluationsfragenstellungen recht ähnlich lauteten, nämlich:

*Darstellung 56: Die Evaluationsfragen im Vergleich*

MPT	AiG?
Wie günstig waren die Kontextbedingungen, unter denen das MPT entstand und durchgeführt wurde?	Welchen Einfluss hat der Kontext auf die Zielerreichung des Alkoholprogramms?
Hat sich dank dem MPT die Zusammenarbeit in der Schweiz bezüglich der Tabakprävention im allgemeinen und dem Programm „Entwöhnung“ im besonderen verbessert?	Ist die Konzeptualisierung des Alkoholprogramms samt der strategischen Entscheide relevant?
Wurde dank dem MPT das Präventionsangebot verbessert?	Welche Stärken und Schwächen weist das gewählte Programm in bezug auf seine Umsetzung auf?
Wurden dank dem MPT die relevanten Zielgruppen besser erreicht?	Ist das Programm geeignet, die anvisierten Ziele und Zielgruppen zu erreichen?

Allgemein fällt auf, dass die Fragestellungen im AiG? prospektiver und zielorientierter formuliert wurden. Bei AiG? wird auf die Zielerreichung fokussiert, während beim MPT die Kontextbedingungen ziemlich breit angegangen werden sollen, und zwar bezüglich der Geschichte und des Prozesses des Programms.

Die Frage nach der Güte der Zusammenarbeit ist im MPT von seiner Struktur her gerechtfertigt (es wurden von verschiedenen Anbietern mehr als zwanzig kleinere und grössere Projekte durchgeführt), bei AiG? steht hingegen die Umsetzung des Programms im Mittelpunkt.

Die Erreichung der Zielgruppen ist beiden Programmen gerechtfertigterweise ein Anliegen.

Während das MPT eine mögliche Verbesserung des Präventionsangebots im Auge hatte, war im AiG? die Konzeptualisierung auf der strategischen Ebene wichtig.

### **10.3.3 Umsetzung**

Als drittes wurde die Umsetzung der beiden Programme verglichen. Der Vergleich ergibt folgende **Parallelen**:

- Bei beiden Programmen wurde schon zu Beginn die Schriftlichkeit vernachlässigt, so dass gewisse Schritte bzw. Meinungswechsel und -umschwünge im nachhinein nicht mehr nachvollziehbar sind. Dies trifft sowohl auf die Konzeptualisierungs- wie auch auf die Umsetzungsphase zu. Z.B. wurden die Zielformulierungen während der Laufzeiten der jeweiligen Programme mehrmals verändert, allerdings durchwegs im Sinne einer Verallgemeinerung. So wurden anfänglich quantifizierte und gut überprüfbare Ziele zusehends verwässert. Oder es wurden Arbeitsabläufe und Verantwortungen so ausgestaltet, dass die Strukturen des Organigramms nicht mehr mit der Realität übereinstimmten (beim MPT) bzw. dass die Umsetzung nicht mehr das Konzept widerspiegelte (bei AiG?). Solche Veränderungen wurden in beiden Programmen kaum, und wenn, ungenügend kommuniziert.
- Beide Programme litten z.T. unter einer konfusen Dokumentation ihrer Tätigkeiten: So war aus den den EvaluatorenInnen zur Verfügung stehenden Unterlagen z.B. oft nicht ersichtlich, ob es sich um eine begleitende Aktivität oder um ein Teilprojekt handelt (bei AiG?) oder ob ein Projekt aus

Programmgeldern (mit-)finanziert wurde oder nicht (beim MPT).

- Da das BAG mit beiden Programmen in Feldern agiert, die historisch gewachsen und entsprechend schon „besetzt“ sind (im Gegensatz zu Aids, wo das BAG von Beginn weg eine Pionierrolle spielte), ist einem Führungsanspruch des BAG aus unterschiedlichen Kreisen Opposition erwachsen: Im MPT waren es die Partnerorganisationen, bei AiG? die engagierten Kantone, denen es schwer fiel, das BAG als Dachorganisation zu akzeptieren.
- Die Zielausrichtung der Teilprojekte war in beiden Programmen nur teilweise stringent auf die Globalziele des Gesamtprogramms gerichtet.
- In beiden Programmen hat es Teilprojekte gegeben, die als gescheitert bzw. als wenig erfolgreich einzustufen sind (beim AiG? z.B. die Zusammenarbeit mit der „Dargebotenen Hand“, beim MPT der Versuch, die Selbstevaluation der Projekte zu etablieren).

Die **Unterschiede** in der Umsetzung sind etwas zahlreicher als die Parallelen:

- Im AiG? wurden technologisch sowohl innovative Wege beschritten als auch bestehende Strukturen genutzt: Es wurde versucht, eine Internet-Plattform einzurichten, andererseits wurde die guteingeführte „Dargebotene Hand“ als Partner gewonnen.
- Die jeweilige wichtigste nationale Institution (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention [AT] bzw. Schweiz. Fachstelle für Tabak und andere Drogen [SFA]) waren zwar von Anfang an dabei, die AT wurde allerdings nur als Juniorpartner begrüsst, während die SFA (zusammen mit der Eidg. Alkoholverwaltung) von Anfang an auch konzeptuell (und entsprechend richtungsbestimmend) mitarbeitete. Dies erhöhte die Legitimität von AiG? (auch, weil zwei Departemente zusammenarbeiteten) und verhinderte, dass sich gewisse Zusammenarbeitspartner in eine allzu starke Oppositionshaltung begaben, wie es beim MPT geschehen ist.
- Bei AiG? wirkte die massenmediale Kampagne identitätsstiftend für das ganze Programm. Ein solch starker Baustein fehlte dem MPT: das zu Beginn lancierte Raben-Logo erwies sich schnell als ungünstig und wurde von den Zusammenarbeitspartnern nie neben ihren schon bestehenden Logos ak-

zeptiert. So fehlte dem MPT ein wesentliches identitätsstiftendes Element.

- Das MPT wurde von einer breiten Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen und war höchstens, aber immerhin, einem kleinen Insider-Kreis vertraut. Bei AiG? scheint es fast gegenteilig zu laufen: die Massenkampagne wird von einer breiten Öffentlichkeit wahrgenommen, während das Gesamtprogramm selbst in Fachkreisen ungenügend bekannt ist.
- Die Einbindung der anderssprachigen Regionen war im AiG? (trotz aufwändigen Übersetzungsarbeiten für die Kampagne) problematisch und in der Wahrnehmung der lateinischen KollegInnen zu einseitig deutschdominiert. Im MPT waren die Leiterinnen der Schwerpunktthemen aus verschiedenen Sprachregionen: deutsch (Primärprävention), französisch (Entwöhnung) und italienisch (Passivrauchen). Dies mag der Hauptgrund sein, dass die Sprachproblematik im MPT nicht als speziell störend bezeichnet wurde.

## 10.4 **Kommentar**

Es ist unverkennbar und als **positiv** zu werten, dass das BAG als hauptverantwortliche Institution für beide Programme einige der Empfehlungen und Schlussfolgerungen, die anlässlich der Evaluation des MPT abgegeben wurden, auch tatsächlich umgesetzt hat.

Man hat aus den **Erfahrungen gelernt**. So wurde z.B. eine einfachere Organisationsstruktur gewählt und die Einbindung der Zusammenarbeitspartner EAV und SFA erfolgte auf einem anderen Niveau: in der "Aufsicht" (dem hierarchisch höchsten Gremium des Programms). Die geforderte klarere Führungsrolle zeigt sich in der Übernahme der Verantwortung für das wohl wichtigste (und sichtbarste) Teilprojekt von AiG?, der Massenkampagne. Der Sichtbarkeit dieses Massnahmenpakets kommt eine wichtige Bedeutung zu, auch wenn dadurch die restlichen thematischen Schwerpunkte zu wenig zur Geltung kamen.

Der **Evaluationsauftrag** wurde an die Gegebenheiten und Bedürfnisse angepasst. Die Grundfragen lauten in beiden Fällen zwar ähnlich, sind im Detail aber differenziert und auf den jeweiligen Untersuchungsgegenstand und die Fragestellungen abgestimmt.

Ebenfalls ist festzustellen, dass im AiG? dem gesamten Programm eine wissenschaftliche **Untermauerung** gegeben wurde, was als äusserst positiv zu bewerten ist. Theoriegeleitete Interventionen lassen sich nicht nur stringenter evaluieren, ihre Ergebnisse sind auch aussagekräftiger und nicht zu letzt ein guter Legitimationsgrund für Anschlussforschung.

Einige **Schwierigkeiten** sind allerdings geblieben:

So sind beide Programme als **relativ inkohärent und instabil** zu bezeichnen, was die Inhalte und Zielsetzungen, teilweise auch was die Aufgabenverteilungen innerhalb der Organisationsstrukturen anbetrifft. Diese wichtigen Variablen eines Massnahmenpaketes sollten zwischen den verschiedenen Ebenen eines Programms abgestimmt sein. Sie können selbstverständlich einem Wandel unterzogen werden, allerdings nur, wenn z.B. Zwischenergebnisse einer Prozessevaluation dies als ratsam erscheinen lassen. Und, solche Änderungen sind nur vertretbar, wenn diese dokumentiert, offiziell kommuniziert und von aussen nachvollziehbar sind. Diese Aufgabe des Programmmanagements wurde in beiden Programmen z.T. nur unbefriedigend erfüllt.

Als weiterer Punkt, der vermehrt Beachtung verdienen muss, ist die **Zusammenarbeit** zu nennen, die in beiden Programmen nicht voll befriedigen konnte, insbesondere zwischen Organisationen und Institutionen, die sich relativ weit vom „Programmzentrum“. Zudem sind dabei immer auch die Bedürfnisse der Sprachminoritäten mit zu berücksichtigen, um der Zusammenarbeitsproblematik nicht noch zusätzlichen Auftrieb zu geben.

Und eine letzte Schwierigkeit, die sich bei beiden Programmen zeigte: Beide leiden, in Anbetracht der epidemiologischen Problemlage, an zu kleinen **finanziellen Möglichkeiten**, um nachhaltig das Konsumverhalten zu beeinflussen. Prävention und Gesundheitsförderung sind (auch) staatliche Aufgaben, die einen konstanten und relativ hohen Mitteleinsatz erfordern.

## **Anhang**

## 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.
- Die Dargebotene Hand (1998): Jahresrückblick, Bern.
- Die Dargebotene Hand (1999): Übersicht Ausbildungen im Suchtbereich der DH-Stellen, Bern.
- Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (2002): Glossar Deutsch, [www.deza.admin.ch](http://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 Umsetzungevaluation 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).

- Gmel G. (2000): Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, in Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz, Neuchâtel.
- Grimley D., Prochaska J.O., Velicier W.F., Blais L.M., Di Clemente C.C. (1994): The Transtheoretical Model of Change, in: Brinthead, Th.M.; Lipka, R.P (Ed.): Changing the Self, Kapitel 7, S. 201-227, New York.
- Holder H.D. (1998): Alcohol and the community: a systems approach to prevention, Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- 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., Klingemann S., Gmel G., Klingemann H. (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. (2002a): Das Alkoholprogramm 1999-2002 "Alles im Griff?". Kurzbericht der Evaluation. Hergiswil: Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm 1999-2002 (IPSO Sozialforschung, Dübendorf; Interface, Luzern; Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Bern).
- Radix (2000): Offerte für ein community-setting von "Alles im Griff?" z.H. der Programmleitung BA/EAV/SFA (30. Juni 2000)
- Raphael D., Steinmetz B., Renwick R. (1999): How To Carry Out a Community Quality of Life Project: A Manual. Toronto.
- Ritson B. (1995): Community and municipal action on alcohol, Copenhagen (World Health Organization), (WHO regional publications, European series; no. 63)
- 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. (1999): Projet Prévention de la consommation d'alcool à risque. Un programme de formation continue pour médecins de premier recours), Université de Genève, Faculté de médecine, Institut de médecine social et préventive. Genf.
- Stoll B, Daeppen J.-B., Decrey Wick H. (1999): Die Kurzintervention: eine gezielte Beratung von Patienten mit übermäßigem Alkoholkonsum, in: Praxis 1999; 88: 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
- 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.

## **Abkürzungsverzeichnis**

AiG?	Alkoholprogramm „Alles im Griff?“
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EAV	Eidgenössische Alkoholverwaltung
EKA	Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
MPT	Massnahmenpaket Tabak
NAAP	Nationaler Alkoholaktionsplan 2000
TP	Teilprojekt
TTM	Transtheoretisches Modell nach Prochaska

## **Verzeichnis der Darstellungen**

Darstellung 1:	Definition der risikoreichen Trinkmuster.....	18
Darstellung 2:	Das Stufenmodell von Prochaska.....	19
Darstellung 3:	Jahresziele 1999 - 2002 .....	24
Darstellung 4:	Evaluationsgegenstände und Wirkungszusammenhänge.....	30
Darstellung 5:	Wirkungsmodell Alkoholprogramm 1999-2002 .....	31
Darstellung 6:	Übersicht über die eigenen Datenerhebungen .....	36
Darstellung 7:	Übersicht über die benutzten Sekundärquellen .....	40
Darstellung 8:	Beurteilung der Norm durch die Präventions- und Suchtfachleute ..	47
Darstellung 9:	Beurteilung des Globalziels durch die Fachleute .....	49
Darstellung 10:	Beurteilung des Ziels der Sensibilisierung .....	50
Darstellung 11:	Übersicht über die Teilprojekte .....	56
Darstellung 12:	Übereinstimmung der Zielgruppe des Programms mit den Zielgruppen der Teilprojekte .....	59
Darstellung 13:	Die Idee eines zentralen Programms aus der Sicht der Fachleute ..	63
Darstellung 14:	Die Idee eines nationalen Programms aus der Sicht der Fachleute.	64
Darstellung 15:	Organigramm .....	72
Darstellung 16:	Leitung der Teilprojekte.....	74
Darstellung 17:	Beurteilung der "Idee" der Teilprojekte .....	89
Darstellung 18:	Das Organigramm in der Umsetzung .....	99
Darstellung 19:	Herkunft der Finanzmittel .....	102
Darstellung 20:	Verteilung der Finanzmittel .....	103
Darstellung 21:	Beurteilung der Umsetzung der Teilprojekte.....	126
Darstellung 22:	Bekanntheit des Programms bei Fachleuten .....	132
Darstellung 23:	Bekanntheit des Programms bei Medienschaffenden .....	133
Darstellung 24:	Beurteilung der Kampagne im Jahresvergleich .....	135
Darstellung 25:	Verständlichkeit von Plakat und Spot .....	136
Darstellung 26:	Raschheit der Erfassung der Botschaft .....	136
Darstellung 27:	Institutionen und Bestellungen im Jahresvergleich .....	138

Darstellung 28:	Zielerreichung im TP Internet .....	150
Darstellung 29:	Einfluss des Programms auf die Arbeit der Präventions- und Suchtfachleute .....	159
Darstellung 30:	Auswirkung des Programms auf die Fachleute.....	160
Darstellung 31:	Wahrnehmung des Programms durch die Klientel der Fachstellen	161
Darstellung 32:	Nutzen des Programms für die Fachleute .....	161
Darstellung 33:	Ausmass des Nutzens für die Fachleute .....	162
Darstellung 34:	Art des Nutzens für die Fachleute .....	163
Darstellung 35:	Einschätzung des Einbezugs in das Programm .....	165
Darstellung 36:	Gewünschter Einbezug in das Programm .....	166
Darstellung 37:	Gewünschter Einbezug nach bisherigem Einbezug .....	166
Darstellung 38:	Voraussetzungen für das Weitertragen von AiG? .....	167
Darstellung 39:	Nachhaltigkeit des Programms aus der Sicht der Fachleute.....	168
Darstellung 40:	Beurteilung des Programms durch Medienschaffende .....	169
Darstellung 41:	Wahrgenommene Aufgaben der Medienschaffenden .....	170
Darstellung 42:	Stufen der Verhaltensänderung 1998 und 2000 nach Risikotyp ....	173
Darstellung 43:	Recall im Jahresvergleich.....	175
Darstellung 44:	Recognition 1999 und 2001 im Vergleich .....	176
Darstellung 45:	Wiedererkennung von Plakat und TV-Spot nach Altersgruppen ....	176
Darstellung 46:	Betroffenheit und Anregung zum Nachdenken .....	177
Darstellung 47:	Anstoss zum Nachdenken.....	178
Darstellung 48:	Stufen der Verhaltensänderung im Jahresvergleich .....	179
Darstellung 49:	Erreichung der Jahresziele.....	180
Darstellung 50:	Erreichung der Outcome-Ziele .....	186
Darstellung 51:	Übersicht über den Stand der Auswirkungen nach Gemeinden.....	199
Darstellung 52:	Beurteilung des Mitnahmeeffekts durch die FachstellenvertreterInnen .....	201
Darstellung 53:	Konsummuster 1998 und 2000 .....	205
Darstellung 54:	Beurteilung der Wirkung der Teilprojekte (Basis: 81 Befragte) .....	214
Darstellung 55:	Die Evaluationsfragen im Vergleich .....	241