

AGF

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN
UNIVERSITÄT BERN
ABTEILUNG FÜR GESUNDHEITSFORSCHUNG

ISPM

**Das Massnahmenpaket Tabak 1996-1999
des Bundesamtes für Gesundheit -**

**Schlussbericht über die Ergebnisse
der Globalevaluation**

Heinz Bolliger-Salzman, Bernhard Cloetta,
Gisela Bähler, Franziska Müller und Claudia Hofmann

Bolliger-Salzmänn, H., Bernhard 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.

*Ich
danke
in erster Linie
den Fachpersonen der Tabak-
prävention, die wir (z.T. mehrmals) als
Auskunftspersonen zu spezifischen Fragestellungen
für die Globalevaluation gewinnen konnten. Insbesondere gilt dies
für Daniel Brenner, Patrick Vuillème, Marieluisa Masciangelo, Ginette Hayoz
(alle vom BAG) sowie Verena El Fehri (AT). Für die Begleitung unserer Evaluation auf Seiten
des BAG danke ich Brigitte Caretti, Marianne Gertsch sowie Marlène Läubli-Loud,
welche unsere Ansprechpartnerinnen im BAG waren. Und last but not least
gebührt dem Evaluationsteam Dank, nämlich (in alphabetischer
Reihenfolge) Andrea Härter, Anita Raschke, Bernhard
Cloetta, Claudia Hofmann, Edith Noser, Fränzi
Müller, Gisela Bähler, Markus König
und Yvonne Wechsler.*

*Dr.phil. Heinz Bolliger-Salzmann
Projektleiter*

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
1. Die tabakpolitische Situation der Schweiz vor dem Massnahmenpaket Tabak (MPT) .	11
1.1. Prävalenz	11
1.2. Die gesetzliche Situation	12
1.2.1. Die allgemeine Lage.....	12
1.2.2. Gesetzlicher NichtraucherInnenschutz	13
1.2.3. Gesetzliche Regelung des Rauchens am Arbeitsplatz	14
1.2.4. Volksinitiativen zur Einschränkung des Tabak-Werbeverbots	14
1.3. Internationale Koordination der Tabakpolitik	15
1.4. Einige Besonderheiten der Tabakprävention im allgemeinen und in Bezug auf die HIV-/Aids-Prävention im besonderen.....	16
1.5. Die Konsequenzen des Bundesrates	19
2. Das Massnahmenpaket Tabak 1996-1999	21
2.1. Die inhaltliche Ausrichtung des MPT	21
2.1.1. Das Hauptziel.....	21
2.1.2. Weitere planerische Vorgaben	22
2.2. Die Umsetzung des Massnahmenpakets Tabak	30
2.2.1. Der Verlauf des MPT	32
2.2.2. Die Planungsphase (1996).....	33
2.2.3. Die Expansionsphase (1997)	34
2.2.4. Die Konsolidierungsphase (1998).....	35
2.2.5. Die Abschlussphase (1999).....	35
3. Internationale und nationale tabakrelevante Vorkommnisse während dem MPT	37
4. Die tabakpolitische Situation der Schweiz nach dem Massnahmenpaket Tabak	41
4.1. Prävalenz und Interventionsprojekte	41
4.2. Das MPT und die Forschungsprojekte	42
5. Das Mandat der Globalevaluation	45
5.1. Definition von Globalevaluation	45
5.2. Auftrag und Zielsetzung der Globalevaluation des MPT	45
5.3. Die Offerte zur Globalevaluation	47
5.3.1. Organisation.....	47
5.3.2. Inhalt	47
5.4. Fragestellungen	48
5.4.1. Datenquellen und Methoden	51
5.4.2. Liste der Indikatoren.....	52
5.5. Die Umsetzung der Globalevaluation - ein Rechenschaftsbericht	56
5.6. Das Konzept der sogenannten Satellitenberichte	61

6. Vorgehen und Methodik	64
6.1. Das Design der Globalevaluation.....	63
6.1.1. Die Datenerhebungen.....	65
7. Die Resultate im Überblick	68
7.1. Wie günstig waren die Kontextbedingungen, unter denen das Massnahmenpaket Tabak (MPT) entstand und durchgeführt wurde?	67
7.1.1. Evaluationsfrage 1.1:.....	68
7.1.1.a) Einschätzung der gesundheitspolitischen Situation	68
7.1.1.b) Ein (zu) hohes Ziel und der wahrgenommene Erfolgsdruck.....	70
7.1.1.c) Veränderung der Strukturen und der Gesetzgebung	71
7.1.2. Evaluationsfrage 1.2:.....	73
7.1.2.a) Bekanntheit und Akzeptanz der Tabakprävention.....	73
7.1.2.b) Tabak als Thema in den Printmedien	74
7.1.3. Evaluationsfrage 1.3:.....	76
7.1.3.a) Wer betreibt professionell Tabakprävention in der Schweiz?.....	76
7.1.3.b) Beurteilung des MPT aus der Sicht der an Tabakprävention interessierten Kreise.....	77
7.1.4. Evaluationsfrage 1.4:.....	81
7.1.4.a) Fachliche Kompetenzen	81
7.1.4.b) Regelung der externen und internen Aufgabenverteilung	82
7.1.4.c) Entscheidungswege.....	82
7.1.5. Evaluationsfrage 1.5:.....	83
7.1.5.a) Geringe Anzahl und Verfügbarkeit spezifischer epidemiologischer Daten	83
7.1.5.b) Systematisches Vorgehen mit epidemiologischen Daten.....	83
7.1.5.c) Nutzung der epidemiologischen Daten	83
7.2. Hat sich dank dem Massnahmenpaket Tabak die Zusammenarbeit in der Schweiz bezüglich Tabakprävention im allgemeinen und dem Programm „Entwöhnung“ im besonderen verbessert?	83
7.2.1. Evaluationsfragen 2.1 und 2.2:.....	85
7.2.1.a) Zusammenarbeit zwischen den Fachstellen der Tabakprävention.....	85
7.2.1.b) Die Stellung der AT in der Tabakprävention	85
7.2.1.c) Der Einfluss des MPT auf die Zusammenarbeit.....	86
7.2.1.d) Die Zusammenarbeit mit dem BAG	86
7.2.2. Evaluationsfrage 2.3:.....	89
7.2.2.a) Empfehlungen bezüglich Zusammenarbeit aus dem Zwischenbericht von 1997 und ihre Konsequenzen.....	89
7.2.3. Evaluationsfrage 2.4:.....	89
7.2.3.a) Identitätsgefühl innerhalb des MPT	91
7.2.3.b) Nicht das MPT sondern Projekte stehen im Vordergrund	92
7.2.4. Evaluationsfrage 2.5:.....	93
7.2.4.a) Bestehende Bereitschaft der Zusammenarbeit.....	93
7.3. Wurde dank dem MPT das Präventionsangebot verbessert?	92
7.3.1. Evaluationsfrage 3.1:.....	94
7.3.1.a) Ausweitung des Angebots	94
7.3.2. Evaluationsfrage 3.2:.....	96
7.3.2.a) Finanzierungspolitik	96
7.3.3. Evaluationsfrage 3.3:.....	97
7.3.3.a) Verlagerungseffekt	97
7.3.4. Evaluationsfrage 3.4:.....	98
7.3.4.a) Geschätzte Nützlichkeit der Projekte	98

7.3.5. Evaluationsfrage 3.5:	99
7.3.5.a) Einschätzung der Effektivität der Interventionsprojekte	99
7.3.5.b) Einschätzung der Effizienz der Interventionsprojekte	99
7.3.5.c) Innovationsgrad.....	101
7.3.6. Evaluationsfrage 3.6:	103
7.4. Wurden dank dem MPT die relevanten Zielgruppen besser erreicht?	103
7.4.1. Evaluationsfrage 4.1:	105
7.4.1.a) Zielgruppen und deren Bedürfnisse bzw. Bedarf in den Projektanträgen als Voraussetzung	105
7.4.1.b) Einschätzungen durch Projektleiter und Schlüsselpersonen	105
7.4.2. Evaluationsfragen 4.2, 4.3 und 4.4:.....	106
7.4.2.a) Informationsstand der Zielgruppen und deren Akzeptanz und Nutzung des Angebots.....	106
7.4.2.b) Verbesserung der Zielgruppenerreichung	108
8. Zusammenfassung der Empfehlungen	109
9. Referenzen.....	115
Abbildungsverzeichnis	120
Tabellenverzeichnis	121

Zusammenfassung

A) Das Massnahmenpaket Tabak 1996-1999

Im August 1995 beauftragte der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), ein „Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums“ (MPT) durchzuführen. Dies erfolgte vor allem auf dem Hintergrund folgender Faktoren:

- steigende Prävalenz des Rauchens bei Frauen und Jugendlichen;
- der Verbesserungsbedarf beim NichtraucherInnenenschutz in der Schweiz;
- das im Vorfeld zu den Zwillingsinitiativen abgegebene Versprechen, eine offensivere Präventionspolitik zu betreiben; sowie
- Bestrebungen der WHO auf internationaler Ebene, die Tabakpräventionspolitik zu koordinieren.

Pro Jahr standen für das Massnahmenpaket ca. Fr. 2,5 Mio. zur Verfügung. Im ersten Konzeptpapier wurden acht sogenannte Strategien bezeichnet, die verfolgt werden sollten. Dies erwies sich rasch als zu ambitionös, und es erfolgte eine Konzentration auf die folgenden drei Bereiche:

- Primärprävention
- Passivrauchen
- Tabakentwöhnung

In diesen drei Bereichen wurden Projekte anderer Anbieter gefördert, initiiert oder aber vom BAG selbst durchgeführt. Dabei sollte der Grundsatz der Subsidiarität beachtet werden. Auch sollte die Zusammenarbeit zwischen Privaten, Kantonen und dem Bund verstärkt werden. Mehr als zwei Dutzend Interventionsprojekte und rund ein halbes Dutzend Forschungsprojekte wurden im Rahmen des MPT 1996-1999 finanziell unterstützt. Den Hauptteil beanspruchte die Primärprävention (durchschnittlich knapp die Hälfte der jeweiligen Jahresbudgets) gefolgt von der Tabakentwöhnung (über 20 %) und dem Bereich Passivrauchen (knapp 20 %). Der Rest wurde zur Unterstützung der Forschungsprojekte, für die Globalevaluation und für andere Aufgaben verwendet.

Als Hauptziel wurde anfänglich die Senkung der Prävalenz des Tabakkonsums in der Schweiz auf einen europäischen Spitzenrang (d.h. eine Senkung von derzeit über 30 % auf unter 30 % RaucherInnenanteil in der Bevölkerung) aufgeführt. Dieses Ziel wurde schon sehr bald als nicht realisierbar erkannt und aufgegeben: Mit einem Budget von Fr. 10 Mio. in vier Jahren lassen sich die Prävalenzdaten nicht beeinflussen. Als Ziel beibehalten wurde hingegen die zielbezogene Schwerpunktsetzung bei der Projektförderung im Gegensatz zu einem Giesskannenprinzip.

Als weiteres Ziel wurde die Sichtbarkeit des MPT und des BAG genannt. Auch dieses Ziel wurde im Laufe der Zeit revidiert, auch aufgrund von Daten aus der ersten Phase der Globalevaluation. Angezielt wurde schliesslich nur noch die Bekanntheit innerhalb des Fachkreises der Tabakprävention.

Ein Ziel war es auch, jede Art sozialer Diskriminierung von Rauchenden zu vermeiden. Diesem Grundsatz sind sämtliche vom MPT geförderten Projekte nachgekommen.

B) Die Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak

Bei der Globalevaluation handelt es sich um eine formative Prozessevaluation. Im Laufe der Arbeit wurden folgende vier Evaluationsfragestellungen ausgearbeitet, auf welche vor allem für die drei erwähnten Bereiche (Primärprävention, Passivrauchen und Tabakentwöhnung) spezifische Antworten zu finden waren:

1. Wie günstig waren die Kontextbedingungen, unter denen das Massnahmenpaket Tabak (MPT) entstand und durchgeführt wurde?
2. Hat sich dank dem Massnahmenpaket Tabak die Zusammenarbeit in der Schweiz bezüglich Tabakprävention im allgemeinen und dem Programm „Entwöhnung“ im besonderen verbessert?
3. Wurde dank dem MPT das Präventionsangebot verbessert?
4. Wurden dank dem MPT die relevanten Zielgruppen besser erreicht?

Zu diesen Fragestellungen konzipierten wir einen umfangreichen Indikatorenkatalog. Die erarbeiteten Indikatoren wurden mit eigens entwickelten sozialwissenschaftlichen Instrumenten erfasst. Wir führten zehn verschiedene Untersuchungen durch, welche jeweils in einem separaten Arbeitsbericht (den sog. Satellitenberichten) dokumentiert sind. Der vorliegende Schlussbericht ist eine Zusammenfassung und Synthese dieser Satellitenberichte.

C) Resultate

Die gesundheitspolitische Situation hat während der Laufzeit des MPT von internationaler Seite Impulse erhalten (z.B. Verbot der Tabakwerbung durch die EU-Gesundheitsminister; die Priorisierung der Bekämpfung des Tabakgenusses durch die WHO oder der Milliarden-Vergleich in den USA zwischen den Behörden und der Tabakindustrie). Diese Gegebenheiten wirkten sich aber höchstens indirekt auf das Geschehen in der Schweiz aus.

Allein die Lancierung des MPT wird als positives Zeichen gewertet, weil es als Ausdruck des politischen Willens verstanden wird, in diesem präventiv wichtigen Bereich energischer tätig zu werden. Sein Hauptziel (die Senkung der Prävalenz auf einen Rang unter den ersten drei Nationen in Europa) wurde wie erwähnt schon zu Beginn als unrealistisch bezeichnet. Das MPT ist nur in der engeren Fachwelt einigermaßen bekannt, bei der Bevölkerung aber überhaupt nicht. Bekannt sind einzelne (v.a. die nationalen und grossen) Projekte, die denn auch als nützlich und wichtig angesehen werden. Allerdings existierten diese meist auch schon vor dem MPT. Die Fachkompetenz sowohl beim BAG als auch bei den Fachstellen wird von den MPT-Verantwortlichen durchwegs als hoch eingeschätzt. Als erfreulich kann die Ausweitung der Berichterstattung über MPT-Projekte in den Printmedien angesehen werden. Schwerpunkt sind dabei v.a. deutschschweizerische und regionale (d.h. kleine) Druckerzeugnisse. In der Schweiz sind ca. 33 volle Stellen mit Tabakprävention beschäftigt, wobei die Innerschweiz keine spezialisierte TP-Stelle aufweist. Sieben Stellen

sind in den letzten vier Jahren neu geschaffen worden; dies auch, aber nicht nur dank des MPT.

Defizite stellten wir beim MPT im Bereich des Projektmanagements fest; z.B. gab es keine zuverlässige, vollständige Projektdokumentation. Deutlich erkennbar sind allerdings Lerneffekte beim BAG aufgrund solcher teilweise schon in der Zwischenevaluation genannter Kritikpunkte. Diese betreffen das Massnahmenpaket Alkohol („Alles im Griff“) wie auch die laufenden Bestrebungen, eine zukunftsweisende Tabakstrategie zu formulieren und umzusetzen.

Das MPT ist kein präzise geplantes und koordiniertes Programm, sondern eher ein Projektbündel, das verschiedene laufende und neue Aktivitäten der Tabakprävention unterstützt und ergänzt. Um eine griffige gesamtschweizerische Tabakpolitik zu ermöglichen, müsste das BAG seine Ordnungs- und Koordinationsaufgabe entschiedener wahrnehmen. Dazu gehört beispielsweise eine noch stärker zielbezogene thematische Schwerpunktsetzung, obwohl Schritte in diese Richtung erkennbar sind. Weiter ist eine klare Entscheidung nötig, wieweit das BAG weiterhin selber operativ wirken will und wieweit es Aufgaben in Form eines Leistungsauftrags an die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) als den zentralen anerkannten Akteur delegieren will. Dies würde die Position dieser Organisation innerhalb der schweizerischen Tabakprävention verstärken. Entscheidungen des BAG zu diesen Fragen scheinen jetzt auch getroffen worden zu sein.

Mit der Unterstützung von Forschungsprojekten hat das BAG ein klares Signal gesetzt, die eher als schmal bezeichnete epidemiologische Datenbasis zu verbreitern. Die Nutzung der Ergebnisse dieser Forschung müsste sich allerdings noch verbessern (so wird z.B. in Projektanträgen kaum auf wissenschaftliche Ergebnisse Bezug genommen). Eine Studie, die durch das MPT finanziert wurde, schlug ein modulares Erhebungsinstrumentarium zum Rauchverhalten der Bevölkerung vor. Das sollte vom BAG (in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsobservatorium) umgesetzt werden.

Die Zusammenarbeit der Fachstellen der TP wurde quantitativ und qualitativ ausgeweitet. Der Einfluss des MPT auf diese Verbesserung wurde insgesamt als gering eingestuft. Universitäts- und Forschungsinstitute haben allerdings ihre Zusammenarbeit mit Verwaltungsstellen verstärkt. Hingegen wurde die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und der Tabakprävention eher kritisch eingeschätzt. Dies hat wohl vor allem mit ungenügender Information seitens des BAG zu tun.

Das MPT als solches hatte nur bei den Forschungsprojekten eine identitätsstiftende Wirkung, nicht aber bei den Interventionsprojekten: so scheiterte bei diesen der Versuch, ein gemeinsames Logo des MPT zu verwenden. Identitätsstiftend für die Beteiligten wirkten hingegen gemeinsame Projekte, wie z.B. der Tag des Nichtrauchens.

Das Präventionsangebot wurde ausgeweitet, so dass auch die Gefahr gesehen wurde, dass dies zu einer Verzettelung der Kräfte führen könnte. Innovationen standen nicht im Vordergrund, viel mehr wurden vor allem bekannte grosse Projekte durch das MPT gefördert.

In einer Selbsteinschätzung bezeichneten die ProjektleiterInnen ihre Projekte als effizient. Eine Analyse der Projektanträge (als empirisch belegter Prädiktor für die Wirkung eines Projektes) zeigten allerdings wesentliche Verbesserungsmöglichkeiten auf (z.B. Präzisierung von Zielgruppen und Zwischenzielen, Bezug auf wissenschaftliche Daten). Im diesem Sinne könnte das BAG die Qualität von Projekten dadurch fördern, dass es die entsprechenden Anforderungen durchsetzt und entsprechende Unterstützung gibt.

Der Informationsstand der Zielgruppen wird von den ProjektleiterInnen der Interventionsprojekte nur als mittelmässig eingeschätzt, aber immerhin wird festgestellt, dass die Akzeptanz von Kampagnen gross ist und dass die Nachfrage seitens der Zielgruppen sogar grösser als erwartet ist.

1. Die tabakpolitische Situation der Schweiz vor dem Massnahmenpaket Tabak (MPT)

1.1. Prävalenz

„Von den jährlich rund 60'000 Todesfällen in der Schweiz sind rund 10'000 auf das Rauchen zurückzuführen“ (Abelin, 1993, S. 219). Dies waren die diesbezüglich aktuellsten Zahlen vor dem Start des MPT. Mithin waren zu Beginn des Massnahmenpakets Tabak, d.h. 1996, rund ein Sechstel aller Sterbefälle in der Schweiz tabakbedingt. Fast die Hälfte der verlorenen potentiellen Lebensjahre sind der Tabaksucht zuzuschreiben (Pfluger, 1992). Die Tabakentwöhnung ist ein komplexer Prozess, den nur jede sechste aufhörwillige Person erfolgreich abschliessen kann, d.h. fünf von sechs Personen brechen den Aufhörversuch vorzeitig ab (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 1996, S. 5).

Ein Sechstel aller Sterbefälle tabakbedingt

Fünf von sechs aufhörwilligen Personen scheitern

Im europäischen Vergleich des Tabakkonsums nahm die Schweiz einen Spitzenplatz ein, vergleichbar nur mit Griechenland, Ungarn und Polen. Der tägliche Tabakkonsum Erwachsener ist sonst in allen anderen europäischen Staaten geringer (Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme, [SFA], 1999, S. 36). Mit ca. 30 % Anteil der Rauchenden an der Schweizerischen Bevölkerung über 15 Jahren nimmt die Schweiz auch in der Prävalenz einen europäischen Spitzenrang ein (Müller, Meyer & Gmel, 1997, S. 30). Im langfristigen Trend gingen von 1974 bis 1992/3 die RaucherInnenzahlen in der Schweiz zwar von 61 % auf 36,5 % bei den Männern und von 40 % auf 24,1 % bei den Frauen zurück (Gmel, 1995, zitiert nach Padlina, Gehring, Martin, Hättich & Somaini, 1998, S. 15; SFA, 1999, S. 37). Aber selbst mit diesen Prävalenzraten war die Schweiz noch weit von der Forderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entfernt, die im Rahmen des Europäischen Regionalziels 16 („Förderung des gesundheitlichen Verhaltens“) als Leitzahl einen Prozentsatz von 80 % Nicht-raucherInnen in der Bevölkerung nennt (WHO, 1985).

Tabakkonsum und -prävalenz: Europäischer Spitzenplatz der Schweiz

Rückgang der Tabakprävalenz im langfristigen Trend

Der rauchende Anteil der Gesamtbevölkerung hat sich in den letzten paar Jahren vor dem MPT zwar stabilisiert, aber der Anteil der Frauen an der rauchenden Bevölkerung stieg. Dasselbe gilt für die 15- bis 16-jährigen Jugendlichen: in dieser Alterskohorte stieg der Anteil der täglich Rauchenden von 8 % im Jahr 1986 auf 15 % im Jahr 1994 an, wobei mehr Mäd-

Zunahme des Frauenanteils und der Jugendlichen

chen als Jungen rauchten (Müller, Meyer & Gmel, 1997, zitiert nach Zeyen Bernasconi, Abel & Cloetta, 1998). „Als Folge der Angleichung der Rauchgewohnheiten zwischen den Geschlechtern hat die Sterbeziffer der Frauen aufgrund der Krebserkrankungen der Atemwege (Luftröhre, Bronchien, Lunge) zwischen 1980 und 1993 in der Schweiz um alarmierende 86 % (in den EU-Ländern um 17 %) zugenommen, während sie im gleichen Zeitraum für alle übrigen erhobenen Todesursachen einschliesslich Brustkrebs abgenommen hat.“ (BAG, 1995a, S. 19-20, zitiert nach Zeyen Bernasconi, Abel & Cloetta, 1998). In absoluten Zahlen liegen die Angaben (1994) für die Lungenkrebsmortalität bei den Frauen zwar noch um einiges tiefer als bei den Männern (619 Todesfälle gegenüber 2'128), der Trend zeigt aber steil nach oben (Schüler & Bopp, 1997, S. 3) im Gegensatz zur Situation bei den Männern: hier sind rückläufige Zahlen zu berichten (Schüler & Levi, 1996, S. 301).

Zunahme der rauchbedingten Sterbeziffer bei Frauen

Volkswirtschaftliche Kosten

Die volkswirtschaftlichen Kosten des Tabakkonsums werden für das Jahr 1996 auf 1,1 bis 1,6 Milliarden Franken geschätzt (Müller, Meyer & Gmel, 1997, S. 161). Eine im Rahmen des MPT durchgeführte Studie (Vitale, Priez & Jeanrenaud, 1998) ergab allerdings die Summe von ca. 10 Milliarden Franken tabakbedingte soziale Kosten pro Jahr in der Schweiz (s. auch Kapitel 4.2).

1.2. Die gesetzliche Situation

1.2.1. Die allgemeine Lage

Ursprünglich keine gesundheitspolitischen Zielsetzungen

Die Tabakpolitik in der Schweiz diente ursprünglich nicht gesundheitspolitischen Zielsetzungen, sondern wurde aus arbeitsmarktpolitischen Motiven und zum Schutz der inländischen Zigarrenindustrie vor der ausländischen Konkurrenz betrieben. So wurden beispielsweise Zigarren, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch ausschliesslich in Handarbeit gefertigt wurden, im Gegensatz zu den industriell hergestellten Zigaretten lange Zeit steuerlich begünstigt (Hengartner & Merki, 1993, S. 384). Entsprechend fehlten bis in die jüngste Zeit gesetzliche Grundlagen für die Tabakprävention. Diese wurde, wie viele Bereiche der Sozialpolitik auch, gemeinnützigen Organisationen überlassen. Auf der Grundlage des Bundesgesetzes über die Tabakbesteuerung, welches im Gegensatz zur Alkoholgesetzgebung keine explizite gesundheitspolitische Zielsetzung hat, wird allerdings eine

Tabakprävention durch gemeinnützige Organisationen

Sondersteuer auf Tabakwaren erhoben, welche ausschliesslich den Sozialversicherungswerken der AHV/IV zufließt.

Sondersteuer zu Gunsten von AHV/IV

Als ein Konsultativorgan des Bundesrates wurde 1988 die Eidgenössische Kommission für Tabakfragen (ETK) gegründet. Diese Kommission war paritätisch aus VertreterInnen der Tabak- und Werbeindustrie sowie der Landwirtschaft einerseits und aus VertreterInnen von Gesundheitsorganisationen andererseits zusammengesetzt. Die Arbeit des Gremiums war gekennzeichnet durch eine gegenseitige Blockierung der entgegengesetzten Interessen.

Gründung der Eidgenössischen Kommission für Tabakfragen (ETK)

1.2.2. Gesetzlicher NichtraucherInnenenschutz

Obwohl seit 1995 eine gesetzliche Regelung über den Schutz von NichtraucherInnen am Arbeitsplatz besteht (s. Kapitel 1.2.3), sind die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen in der Schweiz nicht sehr weit gediehen. Als Konsequenz aus dem Wissen um die Schädlichkeit des Passivrauchens existieren in vielen Ländern restriktive Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden, öffentlichen Verkehrsmitteln und am Arbeitsplatz. Trotzdem ist das Rauchen in zahlreichen öffentlichen und halböffentlichen Orten (Spitäler, Kinos, Theater, Schalterhallen, öffentliche Verkehrsmittel) auf Initiative der Betreiber selbst nicht erlaubt oder nur begrenzt möglich. In den Reglementen der Schulen für Jugendliche unter 16 Jahren findet sich ebenfalls ein Rauchverbot.

Gesetzlicher NichtraucherInnenenschutz ungenügend

Freiwillige NichtraucherInnenzonen in öffentlichen und halböffentlichen Orten

Einzelne Kantone kennen Regelungen für die Einrichtung von Nichtraucherischen in Restaurants. Seit 1986 schreibt beispielsweise das Zürcher Gastgewerbegesetz getrennte Plätze für RaucherInnen und NichtraucherInnen vor (Hengartner & Merki, 1993, S. 417), trotzdem stellen Rauchbeschränkungen in Gaststätten nach wie vor ein grosses Problem dar. Schon zu Beginn der 60er Jahre wurde das Rauchen in den meisten Nahverkehrsmitteln der Schweiz verboten. Die jüngste Wiedereinführung von Raucherabteilen in der zweiten Klasse der Regionalzüge durch die SBB, welche mit kostspieligen Umrüstungen verbunden war (NZZ, 1997a), zeigen ein pragmatisches Vorgehen der SBB-Verantwortlichen, in dem die Mehrheit der Abteile rauchfrei bleibt und die NichtraucherInnen weiterhin geschützt sind.

Unterschiedliche Regelung in den kantonalen Gastgewerbegesetzen

NichtraucherInnenabteile im öffentlichen Verkehr seit den 60er Jahren

1.2.3. Gesetzliche Regelung des Rauchens am Arbeitsplatz

Die einzige gesetzliche Regelung mit nationaler Gültigkeit betrifft das Rauchen am Arbeitsplatz: Gemäss der neuen Verordnung zum Arbeitsgesetz, die 1995 in Kraft trat, „hat der Arbeitgeber im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten dafür zu sorgen, dass die Nichtraucher nicht durch das Rauchen anderer Personen belästigt werden“ (ArGV 3 Art. 19). Die Arbeitnehmenden haben darin das Recht, Schritte zu unternehmen, sobald sie sich schon nur durch Tabakrauch gestört fühlen.

Das Arbeitsgesetz: die einzige gesetzliche Regelung mit nationaler Gültigkeit

Kaum klare Regelungen in den schweizerischen Betrieben

In der Mehrheit der Betriebe in der Schweiz bestehen indessen kaum klare Regelungen zum NichtraucherInnenschutz, obwohl sich insbesondere Beschränkungen des Rauchens am Arbeitsplatz als sehr wirksam erwiesen haben, indem sie die NichtraucherInnen schützen und einen Beitrag zur Reduktion des Zigarettenkonsum der Rauchenden bewirken können (Müller, 1997, S. 191). Gemäss einer Umfrage bei über 12 000 Angestellten in der Schweiz, wünschen sich mehr als zwei Drittel aller ArbeitnehmerInnen, die keine Vorschriften am Arbeitsplatz haben, solche. Bei den regelmässig Rauchenden beträgt der Anteil immerhin noch ein Drittel. Dort, wo bereits Vorschriften bestehen, werden diese von lediglich 7 % der RaucherInnen als schikanös bezeichnet (Krieger, Krieger & Mühlemann, 1991, S. 7). Neuere Umfragen bestätigen das Bild, dass das Recht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz selbstverständlich geworden ist. 80% der Bevölkerung sind heute der Ansicht, dass Nichtraucher dieses Recht haben. Rund ein Viertel der Erwerbstätigen fühlt sich durch Tabakrauch am Arbeitsplatz gestört (Arbeitsgemeinschaft Tabakmissbrauch [AT], 1997, zitiert nach Zeyen Bernasconi, Abel & Cloetta, 1998).

Nur wenige RaucherInnen sind gegen Schutzvorschriften für NichtraucherInnen

1.2.4. Volksinitiativen zur Einschränkung des Tabak-Werbeverbots

1979 wurde die von der Guttempler-Jugend lancierte Volksinitiative gegen die Suchtmittelreklame abgelehnt. Zehn Jahre später, 1989, wurde die sogenannte Zwillingsinitiative eingereicht, welche ein Werbeverbot für alkoholische Getränke und Tabakwaren verlangten. Der Bundesrat empfahl Volk und Ständen die Ablehnung der Initiative, unterbreitete seinerseits aber einen abgeschwächten Gegenvorschlag. Auch der Gegenvorschlag wurde jedoch von National- und Ständerat verworfen.

Zwillingsinitiative: Forderung für ein Werbeverbot

Gegenvorschlag des Bundesrats

Diese Volksinitiativen waren für die Tabakindustrie bedrohlich, sie vermochte sich aber dank ihres Einflusses und einem starken Verbündeten, der Werbeindustrie, dieses Angriffs erfolgreich zu erwehren. Nicht zuletzt war hier auch die starke handelsliberale Tradition der Schweiz von Bedeutung. Die Gegner der Initiativen argumentierten, die Initiativen seien werbe- und arbeitsplatzfeindlich. Sie fanden dabei die Unterstützung der Printmedien, welche sich in Zeiten rückläufigen Inseratevolumens auf die Seite ihrer potentiellen Auftraggeber (der Werbebranche) stellten (Hirter, 1993, S. 211). Dabei führten sie eine sehr erfolgreiche Kampagne. Obwohl sich gemäss Umfragen noch drei Monate vor der Abstimmung eine Mehrheit für ein Werbeverbot aussprach, wurde die Initiative 1993 in der Volksabstimmung mit über 74% Nein-Stimmen massiv verworfen. Nur ein Viertel der Stimmenden sprachen sich demnach für ein Werbeverbot aus. Anlässlich der Abstimmung über die Guttempler-Initiative 1979 hatten immerhin noch 41% für ein solches gestimmt (Zeyen Bernasconi, Abel & Cloetta, 1998).

Massive Ablehnung mit 74% Nein-Stimmen

1.3. Internationale Koordination der Tabakpolitik

Impulse für eine gesundheitspolitisch motivierte Tabakpolitik kamen eher von internationaler Ebene, insbesondere von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Da die Gesundheitsgefahren des Rauchens seit langem bekannt sind, hatte die WHO ihre Mitgliedstaaten bereits 1975 aufgefordert, Produktion, Vertrieb und Konsum von Tabakwaren gesetzlich zu kontrollieren. 1984 verabschiedete die WHO die so genannte „Gesundheit für alle“ (GFA)- Strategie. Die Mitgliederländer verpflichteten sich dazu, alle drei Jahre die Fortschritte der Umsetzung der Strategie zu evaluieren. 1992 verabschiedete das europäische Regionalbüro einen ‘Aktionsplan für ein tabakfreies Europa’. 1996 hat die WHO erneut einen Massnahmenkatalog für eine umfassende Tabakpräventionspolitik herausgegeben. Die WHO-Strategien wurden aufgrund der föderalistischen Struktur der Schweiz nie in eine nationale Gesundheitsstrategie umgesetzt. Die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) bezieht sich jedoch bereits seit den siebziger Jahren auf WHO-Dokumente (z.B. zum Tag des Nichtrauchens) und auch das BAG orientierte sich bei der Formulierung des Massnahmenpakets Tabak (MPT) (s. Kapitel 2) an der „Gesundheit für alle“-Strategie und den darauf basierenden Aktionsplänen (BAG, 1995b, S. 6).

Impulse von der WHO

Orientierung der AT und des BAG an den WHO-Strategien

Rückstand der Schweiz
bezüglich gesetzlichen
Massnahmen

Trotzdem: Im Vergleich zu den meisten europäischen (Nachbar-) Staaten befindet sich die Schweiz bezüglich gesetzlichen Massnahmen gegen den Tabakkonsum im Rückstand. Viele dieser Länder (namentlich Italien, Finnland, Portugal, Frankreich, Schweden und Belgien) verfügten schon vor der Lancierung des MPT z.B. über ein staatliches Werbeverbot.

1.4. Einige Besonderheiten der Tabakprävention im allgemeinen und in Bezug auf die HIV-/Aids-Prävention im besonderen

Verhältnis- und Verhal-
tensprävention

Die Präventionsarbeit hat, nach Meinung von Präventionsfachleuten (s. z.B. Gutzwiller, Wydler & Jeanneret, 1996), auf zwei Ebenen zu erfolgen, nämlich einerseits auf der Verhältnisebene andererseits auf der Verhaltensebene.

Erfolgreiche Aids-
Prävention, erfolglose
Tabakprävention

Auf der Verhaltensebene stellen sich für das aufhörwillige Individuum verschiedene Probleme, die im folgenden kurz angesprochen werden sollen. Als Vergleich zu einer anderen Präventionsarbeit dienen uns Zahlen und Angaben der HIV-/Aids-Prävention. Dies aus pragmatischen Gründen: einerseits sind Daten dazu relativ einfach verfügbar und andererseits kann die Aids-Aufklärungskampagne der letzten Jahren als mustergültig gelten, dies im Vergleich zu den moderaten Erfolgen der Tabakprävention. Neben der ungleich viel schwierigeren Änderung des Verhaltens beim Tabakkonsum (s. Tabelle 1) sind dafür auch die bescheidenen finanziellen Ressourcen (s. Kapitel 1.5) im Tabakbereich verantwortlich zu machen. Die aufgeführten Zahlen sind gerundete Angaben.

Wenig Aidskranke, sehr
viele RaucherInnen

Die aktuellsten Zahlen aus der HIV- und Aids-Statistik (28.2.99) vermelden seit Beginn der Meldepflicht zu Beginn der 80er Jahre insgesamt ca. 6'600 Aids-Fälle und ca. 2'400 Personen mit positivem HIV-Test. Diese Zahlen umfassen demzufolge das Geschehen von ca. 15 Jahren (BAG, 2000). Demgegenüber rauchten in der Schweiz 1997/98 1,95 Millionen Personen (33 % der Bevölkerung) zwischen 15 und 74 Jahren fast 22 Zigaretten pro Tag (SFA, 1999, S. 37).

Zwischen 1984 und 1999, d.h. in der Berichtsperiode von 15 Jahren, sind ca. 4'800 Personen registriert worden, die an Aids gestorben sind. Demgegenüber werden ca. 8'700 Todesfälle pro Jahr in der Schweiz als tabakbe-

dingt angesehen. Mithin sind ca. 14 % der Todesfälle auf den Konsum von Tabak zurückzuführen (BAG, 2000, SFA, 1999, S. 43). (Die Differenz der tabakbedingten Todesfälle zu der in Kapitel 1.1 genannten Zahl von 10'000 [Abelin, 1993] ergibt sich aufgrund anderer Berechnungsarten).

Auf der individuellen Verhaltensebene treten zwischen der Aids-Gefahr und dem Tabakkonsum wichtige Unterschiede zu Tage. Der Übersichtlichkeit wegen werden einige Aspekte tabellarisch zusammengefasst:

HIV/Aids: Schutzverhalten eher einfach

Tab. 1: Einige Aspekte zur individuellen Verhaltensprävention bei zwei präventiven Handlungen (Kondomgebrauch und Tabakverzicht)

Individuelle Leistung...	...bei Kondomgebrauch	...bei Tabakverzicht
„Kosten“ der Verhaltensmodifikation	Relativ gering: Das Verhalten ist breit akzeptiert	Relativ hoch: Mit einem Wechsel der sozialen Identität verbunden (Falomir & Mugny, 1998).
Komplexität der Verhaltensmodifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen einer neuen Gewohnheit • Heikler Bereich (Intimverhalten) • Die Benutzung des Kondoms kann als störend und lustmindernd erlebt werden • Die ursprünglich beabsichtigte Handlung kann (mit der entsprechenden Modifikation) praktisch unverändert durchgeführt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausstieg aus einem Suchtverhalten • Lernen einer Nicht-Handlung (Verzicht) • Physische Substitution (z.B. Nikotinpflaster) • Psychische Substitution (Apfel statt Zigarette, Bleistift zum Spielen) • Mit dem Rauchen konnotierte Eigenschaften (soziale Zugehörigkeit, Lustbefriedigung, Entspannung) können nicht mehr so gelebt werden
Risikowahrnehmung / Vulnerabilität	Unmittelbare Bedrohlichkeit gross: eine einzige Handlung ohne Schutz kann lebensbedrohlich sein	Unmittelbare Bedrohlichkeit gering: selbst jahrelanger Konsum muss nicht zu einer bedrohlichen Erkrankung führen (auch wenn diese statistisch viel wahrscheinlicher wird)

Die in Tabelle 1 zusammengestellten Aspekte machen deutlich, dass beträchtliche Unterschiede vorhanden sind betreffend der Leistung bzw. des Aufwandes eines Individuums zur Verhaltensänderung. Dies hat selbstverständlich auch Auswirkungen auf die präventiven Botschaften, die im Falle

Grosse Unterschiede des individuellen Aufwandes

des Kondomgebrauchs als HIV-/Aids-Schutz relativ leicht zu vermitteln sind. Eine geringe Verhaltensänderung bietet hier hervorragenden Schutz vor einer lebensbedrohlichen und kurzfristig tödlichen Ansteckung. In den „Stop-Aids-Kampagnen“ des BAG wird (werbetechnisch folgerichtig) betont, dass die Verhaltensänderung noch einen zusätzlichen Lustgewinn darstellen kann.

Tabakprävention: negative Konsequenzen unsicher und viel später

Demgegenüber hat es die Tabakprävention ungleich schwerer: sie hat die schwierige Botschaft zu vermitteln, dass eine unmittelbare Lustbefriedigung wegen langfristigen und unsicheren negativen Konsequenzen aufgegeben werden soll. Zudem soll sie dem Zielpublikum schmackhaft machen, dass eine Nicht-Handlung (nämlich das Verzicht auf den Tabakkonsum) ein lustvoller Akt sei. Das von der Tabakprävention erkannte Problem lautet: die Ersatzhandlung soll (wie in der Stop-Aids-Kampagne) als lustvoll deklariert werden (siehe die Kampagne „Die Neue Lust - Nichtraucher“), ohne dass unmittelbar einleuchtet, was am Akt des Nichtrauchens per se Lustvolles sein soll.

Unterschiedliche Appelle für unterschiedliche Botschaften

Diese Gegenüberstellung macht deutlich, dass präventive Botschaften je nach Gegenstand des Appells sehr unterschiedlich gestaltet sein müssen, damit der Aufruf zur Verhaltensmodifikation vom Zielpublikum auch angenommen werden kann. Dabei haben es Botschaften zur Tabakabstinenz aus den genannten Gründen der Komplexität einer Verhaltensänderung ungleich schwerer als Botschaften z.B. im Bereich HIV/Aids. Demzufolge ist im Tabakbereich auch nicht mit kurzfristigen und spektakulären Erfolgen zu rechnen.

BAG übernimmt von Beginn an eine prägende Rolle in der HIV/Aids-Prävention

Auf struktureller Ebene sind ebenfalls Unterschiede zwischen den beiden Feldern HIV/Aids-Prävention und Tabakprävention auszumachen. Der vielleicht wichtigste Unterschied besteht in der historischen Entwicklung der beiden Felder: Einerseits ist der Bund, d.h. das BAG, seit 1986 auf dem Gebiet HIV/Aids-Prävention aktiv tätig. Die Problematik war damals relativ neu und wurde noch kaum von anderen Organisationen bearbeitet. Das BAG konnte infolge der damaligen Aktivitäten eine prägende strategische Rolle einnehmen, die es seither nicht wieder abgegeben hat. Dank der unbestrittenen Führung des BAG und der Delegation wesentlicher Aufga-

ben (z.B. an die Aids-Hilfe Schweiz) gelang eine einheitliche Ausrichtung der Politik und Koordination der Partner.

Demgegenüber wurde das Massnahmenpaket Tabak 1996 in ein Feld hinein lanciert, in dem schon weitgehend andere, historisch gewachsene Organisationen tätig waren. Die Rolle des BAG ist subsidiär und eine Führung wurde gar nicht angestrebt. Die Finanzmacht des BAG einerseits und die Subsidiarität andererseits haben in den vergangenen Jahren auch zu Irritationen und Unsicherheiten seitens der Partner geführt, welche auch dafür verantwortlich sind, dass eine optimale Koordination zwischen dem BAG und der Tabakpräventionsszene immer noch nicht gefunden worden ist.

Tabakprävention wird von historisch gewachsenen Organisationen betrieben

Ebenfalls auf struktureller Ebene sind die wirtschaftlichen Interessen bemerkenswert diskrepanz: Auf dem Gebiet der HIV/Aids-Prävention haben die Präventionsfachleute und die pharmazeutische Industrie im Grossen und Ganzen dieselben Interessen, während im Tabakbereich die Interessen der Prävention und der Industrie gegensätzlicher nicht sein könnten. Dieses Gegeneinander erschwert den Stand der Prävention enorm und hat Auswirkungen auf die Art der Finanzierung (z.B. gibt es praktisch kein Fundraising im Tabakbereich, sehr wohl aber im HIV/Aids-Bereich). Die Forschungsanstrengungen der pharmazeutischen Industrie im HIV/Aids-Bereich werden ergänzt durch die Forschungstätigkeit der Kommission zur Kontrolle der Aidsforschung (Ausgaben 1990-1998: Fr. 73,8 Mio) während zur wissenschaftlichen Erforschung des Tabakkonsums 1996-1998 nur gerade etwas mehr als Fr. ½ Mio. im Rahmen des Massnahmenpakets Tabak vom BAG zur Verfügung stand.

Unterschiedliche wirtschaftliche Interessen

1.5. Die Konsequenzen des Bundesrates

Auf dem Hintergrund der dargelegten Fakten entschloss sich der Bund, der Tabakprävention eine höhere Priorität einzuräumen. Die genannten beunruhigenden Daten zur Prävalenz mögen dazu ebenso beigetragen haben wie die Tatsache, dass in der Schweiz der NichtraucherInnenenschutz stark verbesserungsfähig ist. Zudem galt es das Versprechen, eine offenere Präventionspolitik zu betreiben, einzuhalten, das im Vorfeld zu den Zwillingssinitiativen abgegeben wurde. Es traf sich zudem gut, dass auch auf

Beschluss des Bundesrats zur Durchführung des Massnahmenpakets Tabak

internationaler Ebene v.a. von der WHO Bestrebungen in Gang kamen, die internationale Tabakpräventionspolitik zu koordinieren. „Angesichts dieser Lage hat der Bundesrat am 16. August 1995 ein Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Tabakkonsums beschlossen (...). Der Bundesrat entsprach damit (...) dem Wunsch nach Präventionsmassnahmen auf Bundesebene, der bei der Vernehmlassung über den Gegenvorschlag des Bundesrates zu den Zwillingsinitiativen an ihn gestellt worden war.“ (Bundesamt für Gesundheit, 1996, S. 5). Dies geschah im Rahmen des geplanten umfassenden Pakets zur Prävention von substanzgebundenen Abhängigkeiten als zweite Etappe in Form des Massnahmenpakets Tabak (MPT). 1991 war als erstes das Massnahmenpaket Illegale Drogen verabschiedet worden. Mit dem MPT konkretisierte der Bundesrat ein weiteres Ziel aus dem Legislaturprogramm 1991-1995, wo erstmals intensivere Anstrengungen des Bundes im Bereich legaler Suchtmittel (Alkohol, Tabak, mittelfristig auch suchterzeugende Medikamente) angekündigt wurden.

Relativ bescheidenes Budget trotz hohen Prävalenzzahlen

Trotz der hohen Prävalenzzahlen im Tabakbereich bleibt das Budget des Massnahmenpakets Tabak mit ca. Fr. 2,5 Mio. pro Jahr relativ bescheiden, auch und gerade, wenn diesem Betrag das Budget für die HIV-/Aids-Kampagnen 1996-1999 (ca. Fr. 14 Mio. pro Jahr) gegenübergestellt werden.

2. Das Massnahmenpaket Tabak 1996-1999

Die Vorarbeiten zur Lancierung des Massnahmenpakets Tabak (MPT) reichen weit zurück. Die Eidgenössische Tabakkommission unterbreitete dem Bundesrat anfangs der 90er Jahre ein Papier, in dem Massnahmen zur Förderung des Nichtrauchens vorgeschlagen wurden. Diese Initiative kann als die Geburtsstunde des MPT bezeichnet werden. Das älteste uns vorliegende Dokument, ein internes Sitzungsprotokoll einer „Amtssitzung BAG“ vom 3. November 1994, zeigt, dass damals schon Unterlagen diskutiert werden konnten, die wesentliche Züge des späteren Massnahmenpakets aufwiesen, und deren Inhalte sich zu einem grossen Teil mit dem nachmaligen MPT decken. Auch der Name „Massnahmenpaket Tabak“ war schon geläufig. Im April 1995 fand eine Veranstaltung in Olten statt, an der in einem Workshop das Massnahmenpaket einer geladenen Fachöffentlichkeit präsentiert wurde. Ende Mai 1995 erhielt der Bundesrat vom Eidgenössischen Departement des Innern ein von Frau Bundesrätin Dreifuss unterzeichnetes Schreiben, das dem Bundesrat als Grundlage zur Beschlussfassung diente. Am 16. August 1995 schliesslich verabschiedete er das Massnahmenpaket Tabak, wonach das MPT unmittelbar in Kraft trat. Der tatsächliche Start ist wohl frühestens auf den 1. Januar 1996 festzumachen.

Lange Vorarbeitszeit

Bundesratsbeschluss vom 16.8.1995

2.1. Die inhaltliche Ausrichtung des MPT

2.1.1. Das Hauptziel

„Übergeordnete Ziel aller tabakpolitischen Bemühungen ist die Senkung der Sterblichkeit sowie der durch Tabakkonsum verursachten oder mitbedingten Krankheiten.“ (Zeyen Bernasconi, Abel & Cloetta, 1998).

Übergeordnetes Ziel: Senkung der tabakbedingten Sterblichkeit

Daraus abgeleitet deklariert das MPT als Hauptziel, die RaucherInnenprävalenz bis zum Jahr 2000 unter die ersten drei Nationen in Europa zu bringen, d.h. von rund 30% auf 25% bis 28%. Diese Hauptzielsetzung entspricht mit ihrem quantifizierenden Target-Ansatz denjenigen der „Gesundheit-für-Alle“ (GFA-)Ziele der WHO. Diese werden aber allgemein als ebenso unrealistisch beurteilt wie die Hauptzielsetzung des MPT und eine Erreichung gilt als unwahrscheinlich. Diese Einschätzung stammt v.a. von

Hauptziel: Prävalenz unter den ersten drei Nationen Europas bis zum Jahr 2000

Unrealistisches Hauptziel

Kritische Stimmen dazu

VertreterInnen national oder kantonal tätiger Tabakpräventions-Organisationen, die zur Realisierungsmöglichkeit einer Prävalenzsenkung sehr kritische Kommentare abgaben (Bähler, Bolliger-Salzman, Cloetta & Hofmann, 1997, S. 19 und 24; Müller & Hofmann, 1999a, S. 5). Zu diesem Umstand ist ein Kommentar aus unserem ersten Evaluationsbericht interessant: „Man kann geteilter Meinung sein, ob es sinnvoll ist, sich Ziele aufs Banner zu schreiben, die sowieso nicht erreicht werden können. Werden solche Ziele hingegen als Richtungsweiser angesehen und werden die einzelnen Aktivitäten diesem Hauptziel untergeordnet, kann ein kohärentes Programm entstehen, das in eine gemeinsame, als richtig empfundene Richtung weist.“ (Bähler et al., 1997, S. 47). Dazu dienen Zwischenziele bzw. Meilensteine.

Fehlende präzise Zwischenziele

Auffallend ist nun der Umstand, dass neben dem oben genannten Hauptziel keine Zwischenziele formuliert wurden, die als solche bezeichnet sind. Es ist von drei Schwerpunkten und von drei Strategien die Rede (s.u.). Diese so betitelten Aussagen liessen sich in sechs Ziele umformulieren, wobei eine Präzisierung durch entsprechende Unterziele zur Überprüfung des Erreichten nach Ablauf des MPT nötig wäre. Die Forderung nach weniger allgemein formulierten Vorgaben wurde im MPT schon früh geäussert (Bähler et al., 1997, S. 25).

2.1.2. Weitere planerische Vorgaben

a) Schwerpunkte des Massnahmenpakets

In der Broschüre des Bundesamts für Gesundheit, in der das Massnahmenpaket beschrieben wird (BAG, 1996), werden folgende Schwerpunkte genannt: „Gestützt auf die Empfehlungen der WHO, der Europäischen Union und der Eidgenössischen Kommission für Tabakfragen verfolgt dieses Massnahmenpaket eine 'globale' Präventionsstrategie - d.h. man versucht damit, gleichzeitig in verschiedenen Bereichen aktiv zu werden. Das Massnahmenpaket setzt dabei drei Schwerpunkte:

Drei Schwerpunkte

1. Verstärkung der Primärprävention. Beim steigenden Tabakkonsum der Jugendlichen zwischen 11 und 18 Jahren muss schrittweise eine Trendwende eingeleitet werden.

2. Ausbau der Schutzbestimmungen für Nichtraucher am Arbeitsplatz, in öffentlichen Räumen und öffentlichen Verkehrsmitteln.
3. Förderung und Unterstützung der Tabakentwöhnung, namentlich zur Erhöhung der Ausstiegsrate von Personen, die mit dem Rauchen aufhören wollen (...).

Auch will der Bund mit diesem Programm die bestehende Zusammenarbeit zwischen Privaten, Kantonen und Bund verstärken. Daher wird der Bund nur subsidiär tätig werden.“ (S. 6).

Zusammenarbeit und Subsidiarität

b) Strategien des Massnahmenpakets (Prinzipien)

In der selben Broschüre ist von folgenden Strategien die Rede, die wir hier, in Abgrenzung zu den unter c) genannten, als Prinzipien bezeichnen: „Alle im Rahmen des Massnahmenpaketes unternommenen Tätigkeiten folgen drei Strategien:

1. Wirksamkeit (die zur Verfügung stehenden Finanzierungsmittel werden nicht auf eine Vielzahl einzelner Subventionen verteilt, sondern gezielt eingesetzt)
2. Sichtbarkeit (des MPT und des BAG)
3. Ablehnung jeder Art sozialen Ausschlusses von Rauchenden.“ (BAG, 1996, S. 6).

Diese Strategien als „Prinzipien“ zu betiteln macht insofern Sinn, als in derselben Broschüre weiter hinten (BAG, 1996, S. 9-33) unglücklicherweise noch einmal in einem anderen Zusammenhang (s. das folgende Kapitel c) von Strategien die Rede ist.

c) Die acht Strategien (Aufgabengebiete)

Auswahl der Aufgabengebiete undurchsichtig

Unter dem Titel „Zusammenfassung der wichtigsten Thesen“ werden in der genannten Broschüre (BAG, 1996, S. 9-33) acht Aufgabengebiete bezeichnet. Dieser Titel trifft den Inhalt des Nachfolgenden nicht ganz, denn weder weiss der/die LeserIn, wovon diese Seiten eine Zusammenfassung darstellen, noch handelt es sich um Thesen (gemäss Duden: aufgestellter [Leit-]Satz, Behauptung). Vielleicht meinten die AutorInnen damit, dass sie nicht weiter begründen, warum sie zur Auswahl genau dieser acht „Strategien“ kommen, sondern es als gegeben ansehen, dass diese acht Aufgabengebiete wichtig sind. Die Stärken dieser Zusammenfassung liegen darin, dass in stringenter Form auf wichtige, für ein Programm handlungsrelevante Fragen in didaktisch guter Form eingegangen wird. Zu sämtlichen acht „Strategien“ (wir behalten aus Konsistenzgründen zum ursprünglichen Text diesen Terminus bei und setzen ihn in Anführungsstriche) werden Antworten auf folgende Fragen gegeben:

1. Was wollen wir?
2. Warum?
3. Wie?
4. In welchem Zeitrahmen?

In einer Zusammenfassung lassen sich die acht „Strategien“ wie folgt darstellen (wobei wir uns auf die Wiedergabe der ersten drei Fragen beschränken, weil der Zeitrahmen, in der eine Massnahme geplant war für unsere Betrachtungen unerheblich ist):

„Strategie 1“: Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Partnerorganisationen

Sämtliche Aktionen der angesprochenen Partner sollen dank einer möglichst effizienten Zusammenarbeit demselben Ziel dienen, nämlich der Reduktion des Tabakkonsums in der Schweiz. Dieser Punkt wird aus der Erkenntnis heraus formuliert, dass die Zusammenarbeit der in der Tabakprävention tätigen Stellen bislang ungenügend war und aus der Notwendigkeit heraus, die finanziellen Mittel zusammenzulegen. Dabei sollen Koordination und Planungsabsprachen der drei grossen Partner der Gesundheitsförderung (Bund, Kantone und Partnerorganisationen) im Rahmen des Aktionsprogrammes „Gesundheitsförderung in der Schweiz 1993-1997“ der

Bislang ungenügende Zusammenarbeit der TP-Stellen

Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung (SSGF) und der dort gesetzten Schwerpunkte (Arbeitsplatz, Jugend und Krebsverhütung) verbessert werden.

„Strategie 2“: Information der Bevölkerung und Gesundheitserziehung

Um den Wissensstand in der Bevölkerung zu verbessern, soll der Informationsfluss zwischen Bevölkerung und Wissenschaft durch Aufklärungskampagnen gefördert werden. Namentlich erwähnt werden „Die neue Lust Nichtrauchen“ und der „Tag des Nichtrauchens“, beide durchgeführt von der AT. Es wird argumentiert, dass „das heutige Wissen der Bevölkerung über das Rauchen und seine Folgen (...) nicht ausreiche, um jeder und jedem eine fundierte Entscheidung über seine/ihre Zukunft als RaucherIn oder NichtraucherIn zu ermöglichen.“ (BAG, 1996, S. 11). Dabei soll gezielt auch die ausländische Bevölkerung angesprochen werden.

Wissensvermittlung an die Bevölkerung

„Strategie 3“: Besserer Schutz vor dem Passivrauchen

Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Schädlichkeit des Passivrauchens sollen Massnahmen ergriffen werden, die den Auswirkungen des Passivrauchens bei den Zielgruppen Kindern und am Arbeitsplatz vorbeugen. Namentlich erwähnt wird das Projekt „Schutz des Kleinkindes“ der damaligen Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft Nichtrauchen (SAN, heute: pro aere).

Schutz vor Passivrauchen bei den Zielgruppen Kindern und am Arbeitsplatz

„Strategie 4“: Tabakprävention bei Jugendlichen (Verstärkung)

Weniger Jugendliche sollen mit dem Rauchen anfangen. Hier soll zielgruppenspezifisch die Strategie 2 übernommen werden, nämlich das individuelle und kollektive Wissen und Bewusstsein über Tabakkonsum soll verbessert werden, damit eine bewusste Entscheidung (für oder gegen das Rauchen) getroffen werden kann. Verschiedene Überlegungen führten dazu:

Ausweitung der Primärprävention bei Jugendlichen

- Jugendliche bilden heute gemeinsam mit Frauen zwei der wichtigsten Zielgruppen der Tabakindustrie
- Es besteht einen Zusammenhang zwischen den mit dem Rauchen verbundenen Gesundheitsrisiken und dem Einstiegsalter
- Der Tabak wird als Einstiegsdroge („gate keeper“) angesehen

Die Umsetzung soll mittels Sensibilisierungskampagnen (am Ausbildungsplatz und in ihrer Freizeit), z.B. durch die „Neue Lust Nichtrauchen“ geschehen. Zudem soll eine Präventionskampagne im Rahmen von Sportanlässen für Jugendliche aufgebaut (Sponsoring), und Forschung betrieben werden zur Zielvorstellung der Idee einer rauchfreien Gesellschaft. Das BAN-Projekt (Berner Arbeitsgemeinschaft Nichtrauchen, heute TAG) „Entwöhnungshilfe für Jugendliche“ soll zusätzlich unterstützt werden.

„Strategie 5“: Steuerpolitik

Der Preis ist eines der wirksamsten Mittel zur Reduktion des Tabakkonsums, wobei Randbedingungen beachtet werden müssen, dass bei prohibitiv hohen Tabakpreisen v.a. Jugendliche (aufgrund ihrer Einkommensverhältnissen) auf billigere Produkte ausweichen würden und der Schmuggel zunehmen dürfte. Dazu sind verschiedene Forschungsprojekte vorgesehen (s. auch Strategie 8):

- Studie über die Kosten des Tabakkonsums
- Studie zur Preiselastizität der Nachfrage bei Tabakprodukten
- Rechtsgutachten über die Verfassungsmässigkeit der Tabaksteuer
- Überlegungen auf der Basis der Forschungsergebnisse
- Prüfung eines Postulats der Ständeratskommission Gesundheit und soziale Sicherheit, das eine teilweise Verwendung der Tabaksteuereinnahmen für Präventionszwecke vorsieht

„Strategie 6“: Sponsoring

Appelle zur Förderung der Gesundheit sollen durch Unterstützung von positivem (= nicht verbotsorientiertem) Sponsoring attraktiver werden (vgl. Strategie 4). Letztlich geht es darum, Gesundheitsappelle bekannt zu machen und zu verwurzeln, sowie eine Identifikation mit denjenigen Stellen zu schaffen, die hinter diesen Appellen stehen. Gesundheitsappelle sollen positiv gestaltet werden und so besser akzeptiert und verinnerlicht werden. Dabei soll konkret das Projekt zur Schaffung einer Schweizerischen Stiftung zur Förderung von Sport, Kultur und Gesundheit unterstützt werden (analog der australischen Victorian Foundation). Das benötigte Geld dafür könnte von Strategie 5 kommen (Steuerpolitik).

Suche nach der optimalen Besteuerung unter der Berücksichtigung der Randbedingungen

Nicht verbotsorientierte Gesundheitsappelle

„Strategie 7“: Unterstützung der Tabakentwöhnung

Das bestehende Tabakentwöhnungsangebot soll verbessert und ausgeweitet werden und die Rückfallquote von ehemaligen RaucherInnen soll verringert werden. Zwar schaffen es 90 % derjenigen, die mit dem Rauchen aufgehört haben, ohne jede Hilfe, aber nur einer von fünf Versuchen gelingt (andere Quellen sprechen von 1/6 Erfolgsquote). Es ist die Konzentration auf verschiedene strategische Punkte vorgesehen:

Verbesserung der Entwöhnungsangebote zur Reduktion der Rückfallquote

- Primärprävention (vgl. Strategien 2, 3, 4, 5, und 6)
- Sekundärprävention bei solchen, die noch nicht „abhängig“ sind (vgl. Strategie 2)
- Tabakentwöhnung (vgl. Strategien 6 und 7)
- Rückfallprophylaxe

Diese Punkte sollen einerseits durch die Unterstützung des NichtraucherInnen-Wettbewerbs anlässlich des „Tags des Nichtrauchens“, andererseits durch die Unterstützung eines wissenschaftlichen Projekts zur Evaluation der verschiedenen Entwöhnungsmethoden erreicht werden. Zudem sollen Entwöhnungskurse und -methoden gefördert sowie die Ausbildung von ÄrztInnen und Pflegepersonal unterstützt werden. Die Etablierung rauchfreier Spitäler ist ein zusätzlicher Punkt, der unter dem Aspekt der Entwöhnung genannt wird.

„Strategie 8“: Forschung und Ausbildung

Zur Forschung: Obwohl schon eine gewisse Datenmenge zur Verfügung steht, soll an der Erstellung verlässlicher wissenschaftlicher Daten gearbeitet werden. Dabei sollen spezielle Gebiete berücksichtigt werden, z.B. Tabakkonsum in Verbindung mit anderen Krankheiten (Aids, Alzheimer usw.) oder die ökonomischen Aspekte des Rauchens. Bei der Forschung soll von einem festgestellten Bedürfnis, von einem Gesundheitsproblem oder einer Lücke im Gesundheitssystem ausgegangen werden, und sie soll im Rahmen des Möglichen und Sinnvollen wissenschaftlich abgestützt sein unter klarer Anerkennung ihrer Grenzen. Eine unvollständige Aufzählung der Forschungsvorhaben sieht folgendermassen aus:

Unterstützung von diversen Forschungsvorhaben

- *Bereich Information und Erziehung (Strategie 2)*
 - Bedarfsanalyse
 - Erarbeitung verlässlicher statistischer Daten zur Tabakprävention
 - Verbesserung der Konsumstatistiken
 - Untersuchung über die Rauchgewohnheiten der ausländischen Bevölkerungsgruppen in der Schweiz unter Verwendung der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992

- *Bereich Schutz der Nichtraucher (Strategie 3)*
 - Studie zum Passivrauchen

- *Bereich Preisgestaltung/Sponsoring (Strategien 5 und 6)*
 - Untersuchung der Kosten, welche der Alkohol- und Tabakkonsum für die öffentliche Hand verursacht, Erstellung von Szenarien
 - Rechtsgutachten über die Verfassungsmässigkeit der Tabaksteuer und die rechtlichen Möglichkeiten neuer Finanzierungsmodi aus dem Tabakverkauf

Ausbildung von Professionellen und Sensibilisierung von Vorbildern

Zur Ausbildung: Einerseits sollen vermehrt Leute zur Tabakentwöhnung ausgebildet werden. Andererseits sollen in der Tabakprävention tätige Personen und solche mit Vorbildfunktionen (Eltern, LehrerInnen, ÄrztInnen, Spitzensportler usw.) sensibilisiert werden. Es wird festgestellt, dass die Beratungsmöglichkeiten zur Entwöhnung zu zahlreich und zu wenig bekannt sind. Folgende Schritte waren geplant:

- Bedarfsanalyse
- Sensibilisierung der LehrerInnen für die Tabakprävention, ev. auch Eltern (vgl. Strategien 2, 3 und 7)
- Anregung zur Ausbildung von Mediatoren und Multiplikatoren (vgl. Strategien 2, 3 und 7)
- Entwicklung von Software und anderen spielerischen Hilfsmitteln für die Prävention
- Fortsetzung des Ausbildungsprogramms „Frei von Tabak“ für ÄrztInnen (zusammen mit der FMH) (vgl. Strategie 7)
- Ausdehnung dieses Projekts auf andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen (vgl. Strategie 7)

Aus der dargestellten Auflistung der acht Arbeitsfelder kann man ermes- sen, welche ambitionierten Absichten ursprünglich im MPT verfolgt wurden. Die zu Beginn angestrebte Politik, die finanzielle Unterstützung nicht im Giess- kannen-Prinzip zu vergeben, ist fast nur schon durch die schier un- mögliche Anzahl möglicher Einsatzfelder zum Scheitern verurteilt. Die nachmalige Be- schränkung auf drei der genannten Schwerpunkte kommt zwar dem Be- dürfnis nach Konzentration entgegen. Sie ist aber als richtungsweisendes Instrument unbrauchbar, wenn es sich bei der Auswahl um solche Oberthemen handelt, unter denen schlussendlich sämtliche weiteren The- men subsumiert werden können (s. dazu Kapitel 2.2).

Ursprünglich ambitionierte Absichten des MPT

d) Der Kriterienkatalog zur Erlangung einer finanziellen Unterstützung von Projekten

Nicht als inhaltliches sondern als formales Kriterium zur Erlangung von materieller Unterstützung gehen wir an dieser Stelle noch kurz auf den vom BAG erstellten Kriterienkatalog zur Finanzierung von externen Projektan- trägen ein. Die Titel der einzelnen Erfordernisse sind im allgemeinen selbsterklärend, und wo nicht, wurden Ergänzungen angebracht. Zu die- sem Fragenkomplex liegt im übrigen ein Bericht vor (Bähler & Hofmann, 1999) der über allfällige interessante Details Auskunft gibt. Folgende Punkte werden als zu erfüllen gefordert:

Kriterienkatalog als for- male Anforderung

1. Übereinstimmung mit den Zielen des Massnahmenpaketes
2. Übereinstimmung mit dem Stand der Wissenschaft
3. Übereinstimmung mit nationalen und lokalen Bedürfnissen
4. Koordination und Vernetzung (Verbesserung der Zusammenarbeit und Förderung der Synergien mit Partnern aus dem Bereich Tabakpräventi- on. „Die Planer von Projekten haben anzugeben, wie die Kontakte ver- liefen, die sie mit den Kantons- und Gemeindebehörden (Erziehung, Gesundheitswesen, Sozialwesen, Sport und Kultur) bereits aufgenom- men haben. Sie haben auch über ihre Beziehungen zu anderen Institu- tionen oder Projekten, die in der gleichen Domäne angesiedelt sind, Auskunft zu geben.“ (BAG, 1996, S. 35f).
5. Übertragbarkeit, Dokumentation, Evaluation (Die Projekte sollen auf andere Regionen oder Milieus übertragbar sein, dokumentiert und eva- luiert werden).

6. Projektdauer und Kontinuität (Angabe der Projektdauer und der institutionellen und finanziellen Kontinuität, auch wenn dies über die Bundeshilfe hinaus geht).
7. Finanzierung (im Prinzip höchstens 60 % des Gesamtbudgets; 100 % können gewährt werden als Starthilfen, sofern die Weiterführung bei Erfolg garantiert ist oder bei besonders innovativen Projekten oder bei Forschungsprojekten sowie bei Evaluationsprojekten).
8. Transparenz (Offenlegen der Identität der Projektplaner, obligatorisches Treffen zwischen den Projektmachern und dem BAG vor Projektbeginn; Verpflichtung zu regelmässigem Feedback über den Ablauf des Projekts).

Diese an sich gut nachvollziehbaren Anforderungen an ein Gesuch um Unterstützung wurden in der Praxis sehr pragmatisch, um nicht zu sagen lückenhaft umgesetzt. Im Sinne einer berechtigten Forderung nach Qualitätssicherung wurde in diesem Bereich von Seiten des BAG u.E. zu wenig getan (s. Kapitel 7.3.6).

Kriterienkatalog wird kaum als Mittel zur Qualitätssicherung eingesetzt

2.2. Die Umsetzung des Massnahmenpakets Tabak

Um es gleich vorweg zu nehmen: Mit der inhaltlichen Umsetzung tat sich das BAG schwer. Die Operationalisierung der oben beschriebenen Schwerpunkte, Strategien (Prinzipien) und den „Strategien“ (Aufgabengebiete) war sowohl von der Anlage her als auch begrifflich ein delikates Unterfangen. Das Konglomerat dieser verschiedenen Begrifflichkeiten, die zu unpräzise definiert und inhaltlich eher zufällig gefüllt sind, lässt keine gradlinige und überzeugende Umsetzung zu. Schon früh in der Konzeptualisierungsarbeit (Gertsch, 1995, S. 5) wurden vier der acht genannten „Strategien“ als prioritär bezeichnet, nämlich Zusammenarbeit der Organe von Bund, Kantonen und Gemeinden („Strategie 1“), Schutz vor Passivrauchen („Strategie 3“), Prävention des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen („Strategie 4“) und Raucherentwöhnung („Strategie 7“). In der Folge findet eine weitere Straffung statt, in dem die „Zusammenarbeit“ stillschweigend als horizontale Aufgabe angesehen wird, die bei allen drei genannten „Strategien“ wichtig sei (mündliche Mitteilung an die EvaluatorInnen). Im Aktivitätsbericht 1996-1997 des Bundesamts für Gesundheit zum MPT (BAG, 1998) steht nach der Nennung der acht „Strategien“ (Aufga-

Auf Grund der unpräzise definierten Vorgaben ist kaum eine stringente Umsetzung möglich

benfeldern) folgendes: „Das MPT hat sich jedoch von diesen 8 Strategien ein wenig distanziert, um sich auf die folgenden 3 davon zu konzentrieren: Primärprävention, Passivrauchen und Tabakentwöhnung.“ (S. 2). Bei dieser Umbenennung wird die ursprünglich eingeführte Unterscheidung in Schwerpunkte und „Strategien“ aufgegeben, was einigermaßen verwirrend ist. Erklärt wird dieser Kurswechsel, der gar keiner ist, weil die drei Tätigkeitsfelder schon von Beginn an vom MPT als prioritäre Schwerpunkte bezeichnet wurden, mit folgenden Aussagen: „Diese Neuorientierung ergab sich aus den folgenden Gründen:

Eine spät kommunizierte Reduktion, die gar keine ist

- wachsende Dringlichkeit von Problemen im Bereich der öffentlichen Gesundheit:
 - zunehmender Tabakkonsum bei den Jugendlichen;
 - die Notwendigkeit, die Erfolgsrate beim Rauchstopp in der Schweiz zu verbessern;
 - die Bestätigung der schädigenden Auswirkungen des Passivrauchens für Nichtraucher;
- begrenzte Human- und Finanzressourcen des BAG für die Umsetzung dieses Pakets.

Die Anfangsphase der Umsetzung des MPT ist gekennzeichnet von einer starken Gewichtung der Primärprävention (...). Trotzdem bedeutet die Konzentration auf diese drei Bereiche nicht etwa, dass die restlichen aufgegeben werden. Sie sind momentan nur weniger vordringlich und werden passiv weiterentwickelt, (das heisst, wenn sich eine Gelegenheit dazu ergibt).“ (BAG, 1998, S. 2).

Unter die als prioritär bezeichneten Gebiete Primärprävention, Passivrauchen und Entwöhnung kann alles subsumiert werden, was mit der Tabakbekämpfung zu tun hat. So gesehen ist die angestrebte Konzentration zu wenig selektiv. VertreterInnen von wichtigen Tabakpräventionsorganisationen gaben in von uns durchgeführten Interviews ähnliches zu Protokoll. In unserem Zwischenbericht steht dazu folgendes (Bähler et al., 1997): „(...) die Schwerpunkte des MPT wurden nicht als solche in Frage gestellt. Sie seien als Leitlinien nicht schlecht, meinte ein Interviewpartner. Kritisiert wurde aber (...), dass die Zielsetzungen der einzelnen Schwerpunkte sehr allgemein formuliert seien. In den drei Schwerpunkten sei eigentlich der

Die drei ausgewählten Gebiete sind nicht selektiv

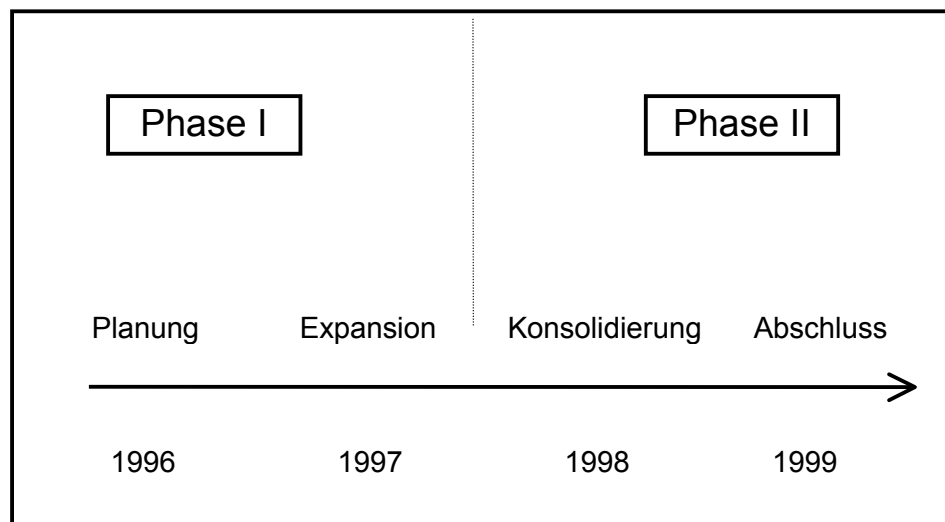
ganze Tabakbereich enthalten und somit erfolgte noch keine Prioritäten-
setzung.“ (S. 25).

2.2.1. Der Verlauf des MPT

Der Prozess in vier Schritten ist an sich für ein Projekt in dieser Grösse
nicht untypisch, wobei sich im MPT eine gut begründbare Zweigliederung
aufdrängt (Abb. 1):

1. Ein personeller Wechsel ungefähr am Ende der Expansionsphase an
der Spitze des MPT im BAG hatte zur Folge, dass andere Schwer-
punkte gesetzt wurden und z.T. von den ursprünglichen Zielen abge-
rückt wurde.
2. Gewisse Erkenntnisse aus der als Prozessevaluation konzipierten Glo-
balevaluation wurden ansatzweise umgesetzt und gaben so dem MPT
ein etwas anderes Gepräge (z.B. die Überarbeitung der Zielsetzungen,
Veränderung des Informationsflusses).

Abb. 1: Darstellung des Verlaufs des Massnahmenpakets Tabak (MPT)



2.2.2. Die Planungsphase (1996)

Das bis 1996 erst grob umrissene Massnahmenpaket, das der Bundesrat verabschiedet hatte, galt es nun in einer Feinplanung zu einem stringenten Konzept auszuarbeiten. Zudem ging es in dieser Phase um die Bekanntmachung des Massnahmenpakets, dem Vermitteln der nötigen Standards zur Unterstützung eines Projekts und dem Etablieren der Globalevaluation. In diese Phase fiel zusätzlich eine Reorganisationsprozess des Bundesamts für Gesundheit, der ein Teil der personellen Ressourcen absorbierte. Es ist auffallend, dass in dieser Phase vor allem Projekte gefördert wurden, die schon vorher zum vom BAG (mit-) finanzierten Bestand der unterstützten Aktivitäten in der Tabakprävention zählten. Dieses Vorgehen des BAG (nämlich das Finanzieren von schon bekannten Projekten) entbehrt nicht einer gewissen Logik, da das MPT bekanntlich den Anspruch hat, die Tabakprävention als Ganzes und nicht ausschliesslich neue Projekte finanziell zu unterstützen. Zudem zeigen auch gerade bekannte und bewährte Projekte z.T. immer wieder innovative Züge, was durchaus im Sinne der Zielsetzungen des MPT ist. Im Bereich Primärprävention z.B. waren bei der anfänglichen Konzeptualisierung nur ca. 5 % der finanzierten bzw. zur Finanzierung vorgesehenen Projekte neu, die restlichen waren schon bekannt. Ein Grossteil des Budgets war für die nationale Kampagne „Die neue Lust - Nichtraucher“ vorgesehen. Im Bereich Passivrauchen war im selben Budget ca. ein Viertel des Betrages für neue, drei Viertel für bekannte, laufende Projekte vorgesehen, im Programm Entwöhnung war es ca. je die Hälfte.

Feinplanung und Etablierung der Globalevaluation

Finanzierung bekannter und bewährter Projekte

Diese als Planungsphase bezeichnete Periode lief bis zur Konferenz „1 Jahr MPT“, die vom BAG im Dezember 1996 organisiert wurde und an der VertreterInnen der Tabakprävention eingeladen wurden. Diese Präsentation war wichtig, weil für viele PartnerInnen erst anlässlich dieser Veranstaltung die Konturen, die Grösse und die Wichtigkeit des MPT sichtbar wurden. Die Informationspolitik, die von verschiedenen gewichtigen VertreterInnen als mangelhaft, ja sogar als inexistent bezeichnet wurde, war dabei ein Hauptbestandteil der Kritik der PartnerInnen an das BAG.

Wichtige Konferenz „1 Jahr MPT“

Kritisierte Informationspolitik des BAG

Als identitätsstiftendes „Maskottchen“ und zur Sichtbarmachung des MPT wurde anlässlich dieser Veranstaltung das Raben-Logo (Raben mit Blume

im Schnabel) präsentiert. Der Appell zur Verwendung dieses Logos verhallte indes praktisch ungehört (s.u.).

2.2.3. Die Expansionsphase (1997)

Eingeläutet wird diese Phase durch den Versand einer Broschüre des BAG, in der das MPT vorgestellt wird, die Kriterien zur Finanzierung eines Projekts erläutert werden und im Begleitbrief zum Einreichen von Beitragsgesuchen aufgerufen wird (BAG, 1996). Diese Broschüre stillte zwar das angemeldete Informationsbedürfnis, war allerdings nichts anderes als eine leicht redigierte Version einer Broschüre, die das BAG schon weit mehr als ein Jahr früher herausgegeben hat (BAG, 1995b). In dieser Phase fand quantitativ die grösste Ausweitung des MPT statt: um die 30 Projekte wurden insgesamt im Rahmen des MPT gefördert und lanciert. Die jährlich wiederkehrenden grossen nationalen Projekte wurden auch in dieser Phase vom MPT (mit-)finanziert. 1997, also auf dem quantitativen Höhepunkt des Programms, verteilte sich die Summen prozentual auf folgende Bereich:

„1997 standen für das MPT 2,333 Millionen Franken zur Verfügung:

- 41 % Primärprävention (-8,9 % gegenüber 1996)
- 11,6 % Passivrauchen (+ 0,1 %)
- 13,3 % Tabakentwöhnung (-0,7 %)
- 15,6 % Verschiedenes (0,6 %)
- 9,2 % Forschungsprojekte (+9,2 %), neu)
- 9,3 % Anderes als MPT (0,9%)“ (BAG, 1998, S. 17).

Unter „Verschiedenem“ wird dabei in einer Fussnote folgende Aufzählung gemacht: „Globalevaluation, Expertenlöhne, Entwicklung verschiedener Tabakprodukte mit der FMH, Demoscopezahlen; Beteiligung an internationaler Untersuchung ‘Tabakwerbung in Frauenzeitschriften’; Sensibilisierung Thema Tabakproblem an der BEA (Stand BAG)“ (BAG, S. 17). Auffallend ist der prozentuale Anteil der Forschungsprojekte von knapp unter 10 % des Jahresbudgets von 1997, was dieselbe Quote bedeutet, wie den Posten „Anderes als MPT“, hinter dem wir nicht wissen, was sich verbirgt.

Informationsbroschüre
über das MPT nach
über einem Jahr Lauf-
zeit

2.2.4. Die Konsolidierungsphase (1998)

1998 war das Jahr, in dem das MPT auf Hochtouren lief: einige wenige Projekte waren schon abgeschlossen, die meisten waren am Laufen, einige wenige waren noch vorgesehen. Dies trifft sowohl auf die Interventions- als auch auf die Forschungsprojekte zu. Auch in dieser Phase des Massnahmenpakets wurden die grossen nationalen Projekte (vom MPT [mit-] finanziert) durchgeführt.

2.2.5. Die Abschlussphase (1999)

Im letzten Jahr des MPT wurden ein grosser Teil der Projekte abgeschlossen. In diese Phase fielen zudem die Bemühungen, die nationale Tabakstrategie zu formulieren und sich zu überlegen, wie diese in den nächsten Jahren umgesetzt werden könnte.

Formulierung nationale
Tabakstrategie

Zudem war es ein Jahr erhöhter Aktivität für uns EvaluatorInnen, da es nun daran ging, die gesammelten Daten zu präsentieren und zu veröffentlichen (in den sog. Satellitenberichten, s.u.). Diese Arbeit schlug sich in zehn Berichten zur Dokumentation unserer Datenerhebung, drei inhaltliche Papiere und dem vorliegenden Schlussbericht (Synthesebericht) nieder.

Berichterstattung der
EvaluatorInnen

3. Internationale und nationale tabakrelevante Vorkommnisse während dem MPT

Die Schweiz agiert im tabakpolitischen Umfeld nicht nur autonom, sondern reagiert ebenso auf Vorkommnisse und Strömungen, die im Ausland stattfinden. Zur Ausleuchtung des tabakpolitischen Umfelds sei an dieser Stelle ein kurzer Blick auch über die Grenzen gemacht, wo während der Laufzeit des MPT drei wichtige Ereignisse von sich reden gemacht haben. Auch wenn die Auswirkungen der folgenden Ereignisse auf die schweizerische Tabaklandschaft von Exponenten der Tabakpräventionsszene als gering eingestuft wird (Bähler, 1999), lässt sich aus den Geschehnissen ein eindeutiger Trend herauslesen: alle arbeiten auf die Begrenzung der Tabakepidemie hin. Folgende drei Ereignisse sind gemeint:

- In einer denkwürdigen und äusserst knappen Abstimmung (die Stimmzahl für eine qualifizierte Mehrheit wurde exakt erreicht) haben die EU-Gesundheitsminister am 5. Dezember 1997 einem Verbot für Tabakerzeugnisse in der EU (gegen die Stimmen Deutschlands und Österreichs und bei Stimmenthaltungen von Spanien und Dänemark) zugestimmt (NZZ, 1997b). Dieses Verbot wird zunächst stufenweise und bis ins Jahr 2006 ganz eingeführt und umfasst Werbung (direkte und indirekte, also auch Botschaften, die ohne sich unmittelbar auf das Tabakerzeugnis beziehen) und Sponsoring (NZZ, 1997c). Diesen Meilenstein zu setzen verpasste die Schweiz mit der Ablehnung der Zwillingsinitiativen 1993 (s.o.), was ihr erschwerte, europäisch diesbezüglich auch nur Mittelmass zu erreichen.
- In ihrer Ansprache an die Weltgesundheitsversammlung nach der Wahl zur Generaldirektorin der WHO, bezeichnete Gro Harlem Brundtland die Bekämpfung des Tabakgenusses (neben der Bekämpfung der Malaria) als unmittelbare Herausforderung an die WHO (NZZ, 1998a). Konkret hat sie in einem ersten Schritt eine strukturelle Veränderung innerhalb der WHO initiiert, nämlich die Schaffung einer Abteilung, die 'Fakten und Information zur Unterstützung der Politik' benannt wurde und zur Aufgabe hat, die rund um die Welt gemachten Erfahrungen mit Krankheiten zu sammeln, „die globale Bürde aller Krankheiten abzuschätzen

Verbot für Tabakerzeugnisse in der EU

Bekämpfung des Tabakgenusses als prioritäres Ziel der WHO

und zu analysieren, was getan werden soll und kann, um diese Bürde zu verringern. Tabak ist ein Beispiel für wachsende globale gesundheitliche Belastung.“ (Simonitsch, 1998).

Milliarden-Vergleiche in den USA

- Die vier grössten US-Zigarettenhersteller haben in einem Vergleich zugestimmt, in den nächsten 25 Jahren 206 Mrd. US-\$ an die US-Bundesstaaten zu bezahlen, wenn diese „alle ihre Klagen fallen lassen, mit denen sie seit 1994 versuchen, die Kosten, die dem staatlichen Gesundheitswesen wegen RaucherInnen entstanden, auf die Tabakfirmen zu überwälzen“ (Breu, 1998). Es war dies ein Kompromiss, nachdem ein 369 Mrd. US-\$ teurer Vergleich zwei Jahre zuvor an den PolitikerInnen in Washington gescheitert war, der den Tabakmultis künftig eine vollständige Immunität vor Sammelklagen garantiert hätte. Der nächste Vorschlag, der sogar 516 Mrd. US-\$ gekostet hätte, scheiterte am Widerstand der Industrie. Auch der nun ausgehandelte Vergleich ist noch nicht definitiv: es müssen diesem Plan so viele Bundesstaaten beitreten, dass 4/5 der amerikanischen Bevölkerung abgedeckt ist. Acht Staaten haben dem „Settlement“ zugestimmt, vier haben gesonderte Vergleiche mit den Zigarettenfirmen ausgehandelt. (Breu, 1998; NZZ, 1998b). Zur Zeit ist der Vergleich immer noch nicht unter Dach. Weil es den Anwälten der Tabakmultis in diesem Settlement nicht gelang, auch die Immunität vor Privatklagen zu erhalten, hat eine sechsköpfige Jury im Bundesstaat Florida „die fünf führenden Tabakkonzerne der USA in sämtlichen zehn Anklagepunkten schuldig gesprochen, darunter Betrug, Verschleierung, Fahrlässigkeit. Jahrelang hätten die Konzerne auf Grund interner Forschung gewusst, wie abhängig Nikotin mache, wie gesundheitsschädigend es sei. Dennoch hätten sie die Gefahren über Jahre in der Öffentlichkeit heruntergespielt. Und so fand die Jury nicht nur, die Firmen seien haftbar für Lungenkrebs, Herzleiden und andere Krankheiten, die durch Rauchen verursacht werden. Sie sollten überdies auch Busse dafür bezahlen müssen.“ (Breu, 1999). Dieses bahnbrechende Urteil erhöht die Chancen, dass die Tabakindustrie Hunderttausenden früherer und heutiger RaucherInnen Milliarden bezahlen muss.

Wie schon eingangs erwähnt, haben diese Ereignisse kaum direkten Einfluss auf die Geschehnisse in der Schweiz. Trotzdem können sie als Indikator dafür herangezogen werden, dass der Kampf gegen den Tabakmiss-

brauch ein internationales Anliegen ist, und im gesundheitspolitischen Umfeld diese Art der Betätigung auf internationaler Ebene grossen Support erhält.

Nur indirekte Einflüsse auf die Schweiz

Als tabakpolitisches Ereignis von nationaler Bedeutung, das während der Laufzeit des MPT stattgefunden hat, kann die Auflösung der Eidgenössischen Tabakkommission (ETK) im Jahr 1996 bezeichnet werden. Während der acht Jahre ihrer Existenz hat die Zusammensetzung dieser Kommission was Entscheidungen anbetrifft mehrheitlich zu Patt-Situationen geführt, so dass die Kommissionsarbeit allgemein als uneffizient und frustrierend bezeichnet wurde. Nach zwei Jahren Vakanz, aber immer noch in der Laufzeit des MPT, wurde 1998 die Kommission für Tabakprävention eingesetzt, welche ausschliesslich aus VertreterInnen des Gesundheitswesens zusammengesetzt ist. Die neue Kommission berät des Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in allen Fragen der Verhütung des Tabakkonsums. Die Einberufung dieser Kommission wird von Verantwortlichen der Tabakprävention positiv beurteilt, auch wenn bis jetzt noch keine Akzentsetzungen durch diese Kommission sichtbar sind.

1996: Auflösung der ETK

1998: Einberufung der Kommission für Tabakprävention

4. Die tabakpolitische Situation der Schweiz *nach* dem Massnahmenpaket Tabak

4.1. Prävalenz und Interventionsprojekte

Seit dem Beginn des Massnahmenpakets Tabak im Jahre 1996 hat sich die grundlegende Situation kaum verändert: Zum einen ist die Prävalenz nach wie vor hoch, und die Schweiz nimmt immer noch einen europäischen Spitzenrang beim täglichen Tabakkonsum Erwachsener ein. Zum anderen hat der Anteil an Rauchenden an der Bevölkerung sogar zugenommen, nämlich von 35,5% (1992/93) auf 39,1% (1997/98) bei den Männern (Zunahme innert fünf Jahren: 3,6%) und von 24,1% (1992/93) auf 27,8% (1997/98) bei den Frauen (Zunahme innert fünf Jahren: 3,7%) Diese Angaben beruhen auf den Zahlen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) (zitiert nach SFA, 1999, S. 37). Aus demselben Zahlenmaterial lässt sich ablesen, dass im selben Zeitraum (von 1992/93 bis 1997/98) der Anteil an den Rauchenden unter den jungen Männern (15-19-jährig) um 12,8% (nämlich von 28,7% auf 41,6%) und bei den Frauen in derselben Altersgruppe um 20,2% (nämlich von 18,3% auf 38,5%) zugenommen hat (Schmid, Gmel & Janin Jaquat, 1999, S. 3). Damit hat sich der seit 1986 zu beobachtende statistisch signifikante Trend fortgesetzt (Schmid, Gmel & Janin Jaquat, 1999, S. 7), dass einerseits immer mehr Jugendliche ihre Tabakkarrieren schon sehr jung beginnen, und dass andererseits der Anteil der Raucherinnen überproportional zunimmt und sich tendenziell den Männern angleicht. Der weibliche Anteil an der rauchenden Bevölkerung hat in den letzten Jahren zugenommen und unterscheidet sich bei den 15-jährigen im Untersuchungsjahr 1998 kaum mehr: 60% der Jungen und 58% der Mädchen geben an, täglich Zigaretten zu konsumieren (SFA, 1999, S. 39). Einen täglichen Konsum von mehr als 5 Zigaretten geben (wiederum bei den 15-jährigen) sogar 29% der Jungen und 25% der Mädchen an (Janin Jaquat & François, 1999).

Kaum veränderte Situation

Zunahme der Prävalenz bei den Jungen und bei den Frauen

Rauchen ist auch in den vergangenen vier Jahren die wichtigste vermeidbare Ursache für einen frühzeitigen Tod gewesen, auch wenn die aktuellsten verfügbaren Zahlen geringfügig weniger hoch sind, als die zu Beginn des MPT ausgewiesenen, nämlich ca. 8'700 tabakbedingte Todesfälle pro Jahr (an Stelle von ca. 10'000) in der Schweiz, was einem Anteil von ca.

Das Rauchen ist immer noch die wichtigste vermeidbare Ursache für einen frühzeitigen Tod

14 % (an Stelle von 16,5 %) aller Todesfälle entspricht (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme [SFA], 1999, S. 43; Abelin, 1993, S. 219). Diese Veränderungen sind v.a. aufgrund unterschiedlicher methodologischer Herangehensweisen entstanden und können nicht mit einer realen Abnahme gleichgesetzt werden.

Die Argumentation, dass die Interventionsanstrengungen während dem MPT nutzlos waren, weil bei zwei besonders wichtigen Zielgruppen (Frauen [es wurde kein einziges rein frauenspezifisches Projekt durchgeführt] und Jugendliche) trotz (finanziell) eher vermehrter Anstrengung keine positiven Resultate verzeichnet werden können, scheint uns zu kurz gegriffen. Neben immer noch ungenügenden finanziellen Mitteln, müssen dabei verschiedene andere Faktoren beachtet werden, z.B. soziale, demographische, ökonomische Komponenten, aber auch die momentane Lebenshaltung bestimmende, wenn auch vorübergehende Erscheinungen wie Trends und Zeitgeist. Eine vertiefte Diskussion dieser Phänomene (wie sie zur Findung der neuen Tabakstrategie schon geführt wurde) erscheint uns nötig.

4.2. Das MPT und die Forschungsprojekte

Wie oben zu ersehen war (s. Kapitel 2.2.3), wurde knapp 10 % des Jahresbudgets 1997 des MPT für Forschungsprojekte verwendet. Die Forschungsvorhaben wurden in der Zwischenzeit (bis auf eine Arbeit) abgeschlossen, und es liegen uns nun Daten vor, die unser Wissen über verschiedene Aspekte und Mechanismen des Tabakkonsums vergrössert haben (Bolliger-Salzman & Cloetta, 1999a).

Wie ebenfalls weiter oben dargelegt (s. Kapitel 2.1.2), wurde eine der acht „Strategien“ (Arbeitsfelder) des MPT unter dem Oberbegriff „Forschung und Ausbildung“ zusammengefasst. Für den Bereich „Forschung“ wurden zu Beginn des MPT zwei Ziele genannt:

- Erstellen verlässlicher wissenschaftlicher Daten
- Forschung auf bestimmten, noch wenig erschlossenen Gebieten

Vergrosserung des
Wissens

Aufgrund dieser Vorgabe wurden im Rahmen des Massnahmenpakets Tabak (MPT) folgende Studien initiiert und abgeschlossen:

- Studie zu den sozialen Kosten des Tabakkonsums (Vitale, Priez & Jeanrenaud, 1998):

Diese Studie fand ein breites Medienecho, wobei auch kritische Stimmen laut wurden, die die Berechtigung der Annahmen und mathematischen Grössen in Zweifel zogen (vgl. auch Barendregt & Bonneux, 1999). Dass die schiere Grösse der errechneten Zahl (ca. 10 Milliarden Fr. tabakbedingte soziale Kosten pro Jahr in der Schweiz) auch die Tabakindustrie auf den Plan rufen werde, waren sich die Durchführenden der Studie schon zum voraus bewusst.

- Studie über die Beziehung zwischen Tabakkonsum und Tabakbesteuerung (Institut d'économie et management de la santé [IEMS], 1999):

Die in dieser Studie entwickelten mathematischen Modelle können (bei entsprechendem Lobbying) PolitikerInnen Entscheidungsgrundlagen an die Hand geben, die die Ansicht über eine geänderte Tabakbesteuerung beeinflussen könnte.

- Studie über den Kenntnisstand zur Tabakentwöhnung sowie zur Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage in der Schweiz (Junker, Töny & Abelin, 1999):

Die am aktuellen Modell der Verhaltensmodifikation (dem transtheoretischen Modell der Verhaltensmodifikation von Prochaska et al.) orientierte Studie hat nicht nur eine Verfeinerung des zugrundegelegten Modells zur Folge, sondern zog auch eine vom Nationalfonds finanzierte Folgestudie nach sich.

- Machbarkeitsstudie zu den Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz (Krebs & Demarmels, 1998):

Die Empfehlungen und Anregungen aus dieser Studie stellen u.E. eine wichtige Diskussionsgrundlage dar, die im Falle einer Realisierung (in dieser oder einer noch festzulegenden veränderten Form) kontinuierliches und gutes Datenmaterial garantieren würde. Sinnvollerweise wäre hier eine Koordination mit dem geplanten Gesundheitsobservatorium anzustreben, um die Synergien auszuschöpfen.

- Tabakbedingte Sterblichkeit in der Schweiz 1996:

Die Studie zur tabakbedingten Sterblichkeit in der Schweiz wird erst in den kommenden Monaten veröffentlicht, so dass es noch verfrüht ist, sich auf sie zu stützen.

Ohne zu stark den Resultaten vorzugreifen, kann die Unterstützung der Forschungsprojekte im MPT als eine grosse Stärke dieses Massnahmenpakets angesehen werden. Das Etablieren einer stringenten zukünftigen Tabakpolitik wird sich Erkenntnisse aus dieser Forschungstätigkeit zu Nutze machen können, deren Umsetzung nun eine prioritäre Aufgabe für das BAG werden sollte.

5. Das Mandat der Globalevaluation

5.1. Definition von Globalevaluation

„(Der Begriff Globalevaluation) meint eine Evaluation, die ein ganzes Massnahmenpaket bzw. eine Gesamtstrategie zum Gegenstand hat. Zum Beispiel: die (Global)Evaluation des Massnahmenpaketes des Bundes zur Verminderung von Drogenproblemen. Gegenstand der Evaluation ist hier somit das ganze Massnahmenbündel, und nicht dessen einzelne Teile bzw. Projekte oder Programme.“ (BAG, 1997, S. 67).

5.2. Auftrag und Zielsetzung der Globalevaluation des MPT

In dem im November 1995 erschienenen Papier zur Ausschreibung der Globalevaluation werden Auftrag und Zielsetzungen der Evaluation folgendermassen beschreiben: „Aufgabe der Evaluation ist es, die Anstrengungen des BAG und seiner externen Partner zur Förderung, Sicherung, Verbesserung und Wiederherstellung von Gesundheit in der Bevölkerung zu beobachten, zu überprüfen und durch geeignete Rückmeldungen zu unterstützen. Evaluation nimmt diese Aufgaben wahr, indem sie:

- Grundlagen für die Planung von Massnahmen bereitstellt
- Massnahmen dokumentiert und beschreibt
- Den Planungs- und Umsetzungsprozess von Massnahmen beobachtet und analysiert
- Den Planungs- und Umsetzungsprozess von Massnahmen durch geeignete Rückmeldungen beeinflusst
- Die Auswirkungen von Massnahmen dokumentiert und bewertet
- Die Valorisierung und Verbreitung ihrer Erkenntnisse sicherstellt

Evaluation im Massnahmenpaket Tabak hat sich an dem globalen Ziel zu orientieren, einen Beitrag zur Verminderung von Tabakproblemen zu leisten. Es geht dabei nicht in erster Linie darum, den Beweis über ‘richtige’ oder ‘falsche’ Massnahmen zu führen, sondern um die stetige Verbesserung und Weiterentwicklung eingeleiteter Massnahmen. Der Schwerpunkt liegt auf prozessbegleitender, formativer Evaluation, wobei der Aspekt der Rechenschaftsablegung gegenüber der Öffentlichkeit darüber nicht ver-

gessen werden darf. Evaluation dient dem BAG als Steuerungsinstrument und muss somit auf allen Stufen der Entwicklung und Implementierung von Massnahmen wirksam werden“ (Gertsch, 1995, S. 2). Zusammengefasst lesen sich die Ziele folgendermassen: „Beschreibung, Wirkungsanalyse und Beurteilung der Interventionsstrategien / Wirkungsweisen des MaPa Tabak.“ (Gertsch, 1995, S. 7).

Als prioritäre Aufgaben der Globalevaluation werden genannt:

„Gegenstand Erhebung, Beschreibung, Analyse und Interpretation ist das MaPa Tabak, bzw. dessen Umsetzung während seiner ganzen Laufzeit, speziell

- der Umsetzungsprozess der im MaPa Tabak geplanten Massnahmen
- der Kontext, in dem dieser Umsetzungsprozess stattfindet
- die Wirkungen dieses Prozesses
- Vergleich von Zielsetzung und Zielerreichung.“ (Gertsch, 1995, S. 6).

Die Aufgaben werden im selben Papier in einer Auflistung noch präzisiert:

„Aufgaben (der Globalevaluation sind):

- Formative Prozessevaluation der Massnahmen und Strategien des BAG bei der Implementierung des Massnahmenpakets
- Laufendes Assessment der Massnahmen des BAG
- Synthese, Lückenanalysen und Handlungsempfehlungen
- Erhebung und Beschreibung der aktuell im Bereich aktiven Organisationen und deren Tätigkeiten
- Vereinzelt Projektbewertungen (nach Bedarf)
- Alimentierung und Nutzung des Monitoring im Bereich Tabak
- Unterstützung der Autoevaluations von Projekten
- Jährliche Detailplanung der Globalevaluation“ (Gertsch, 1995, S. 7).

Als Methoden waren vorgesehen:

- Diverse deskriptive und analytische, qualitative und quantitative Methoden (Literatur- und Dokumentenanalyse, Feldstudien, standardisierte und offene Befragungen, Sekundäranalysen etc.)
- Nach Bedarf Mandatierung einzelner Studien
- Regelmässiges Feedback und Handlungsempfehlungen an das BAG“ (Gertsch, 1995, S. 7).

5.3. Die Offerte zur Globalevaluation

5.3.1. Organisation

In unserer Offerte vom Januar 1996 wurde organisatorisch eine zweigeteilte Struktur vorgestellt, welche eine effiziente und klare Arbeitsteilung gewährleistet:

- Koordinationsstelle: Diese hatte die Aufgabe,
 - zu dokumentieren (Führen des Bordbuchs, Sammeln der Dokumente von den Projekten und dem BAG, Zurverfügungstellen derselben an das Forschungsteam)
 - zu informieren (Information des BAG zum laufenden Prozess)
 - zu beraten (Betreiben der Hot-Line, Beratungen betreffend Selbstevaluation)
- Forschungsstelle: Diese erhob und bearbeitete alle empirischen Daten von den verschiedenen Organisationen und Projekten des Massnahmenpakets und verfasste die Forschungsberichte und die weiteren Unterlagen.

5.3.2. Inhalt

In der Offerte zur Übernahme des Mandats Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak (Abel, Cloetta & Abelin, 1996) werden die eben gemachten Aussagen folgendermassen rekapituliert: „Der Auftrag für die Globalevaluation sieht eine Prozessevaluation des Massnahmenpakets Tabak vor. Diese soll folgende Aufgaben erfüllen:

- die Umsetzung der geplanten Massnahmen beobachten
- den Kontext, in dem diese Umsetzung stattfindet, berücksichtigen
- die Auswirkungen des Massnahmenpakets erheben, dokumentieren und sie mit den Zielsetzungen vergleichen“ (S. 9).

Zu den zentralen Fragestellungen werden folgende Aussagen festgehalten: „Die Evaluation konzentriert sich auf die Zusammenarbeit der am Massnahmenpaket Beteiligten und deren Beziehungen und Wirkungen nach aussen. Das Wirkungsmodell, das dem Massnahmenpaket Tabak zugrunde liegt, geht davon aus, dass verbesserte Zusammenarbeit der staatlichen Organe und der sog. Partnerorganisationen (NGO) zu einer effizienten Mittelnutzung führt, wobei als Randbedingung die Subsidiarität vom Bund

gegenüber den Kantonen und der Kantone gegenüber den NGO zu beachten ist.

Erste Aufgabe der Evaluation ist es, relevante Merkmale von Zusammenarbeit festzulegen, sowie Indikatoren, an denen die Konsequenzen dieser Zusammenarbeit abgelesen werden können zu definieren (...). Die zwei unseres Erachtens wesentlichen Leitfragen (lauten folgendermassen):

- Leitfrage 1: In welche organisatorischen und inhaltlichen Strukturen wird das Massnahmenpaket Tabak eingebettet? Aufgabe ist hier die Beschreibung des Ist-Zustandes bezüglich derjenigen Indikatoren für Zusammenarbeit und Arbeitsaufteilung, die durch das Massnahmenpaket positiv beeinflusst werden sollen (...).
- Leitfrage 2: Zu welchen Veränderungen führt das Massnahmenpaket Tabak? Hier geht es darum, mögliche Auswirkungen des Massnahmenpakets zu identifizieren und zwar sowohl infolge der zusätzlichen finanziellen Mitteln, als auch infolge der konzeptuellen und organisatorischen Impulse, die das Massnahmenpaket liefert.“ (Abel, Cloetta & Abelin, 1996, S. 13&f.).

Diese beiden Leitfragen wurden während der ersten Phase der Evaluation in Zusammenarbeit mit dem BAG weiterbearbeitet und präzisiert. Für die zweite Phase der Evaluation ab Herbst 1997 lag dann der im folgenden dargestellte Evaluationsplan vor.

5.4. Fragestellungen

Die Frage, auf welche die Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak Antwort geben will, lautet:

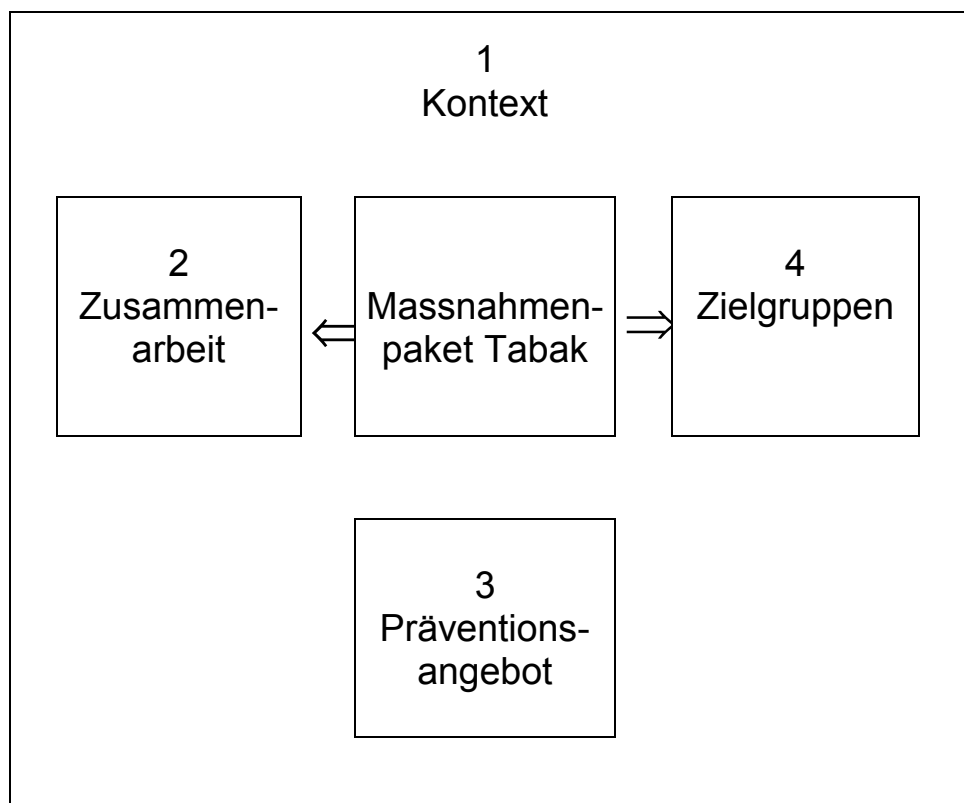
Was hat das Massnahmenpakets Tabak zusätzlich zur bisherigen Tabakprävention bewirkt?

Entsprechend sollen die folgenden vier Hauptfragestellungen beantwortet werden:

1. Wie günstig waren die Kontextbedingungen, unter denen das Massnahmenpaket Tabak (MPT) entstand und durchgeführt wurde?
2. Hat sich dank dem MPT die Zusammenarbeit in der Schweiz bezüglich Tabakprävention im allgemeinen und dem Programm „Entwöhnung“ im besonderen verbessert?
3. Wurde dank dem MPT das Präventionsangebot verbessert?
4. Wurden dank dem MPT die relevanten Zielgruppen besser erreicht?

Das folgende Schema veranschaulicht diese Fragestellungen: die erste fragt nach Einflüssen auf das MPT, während die drei folgenden sich mit den Folgen und Auswirkungen des MPT beschäftigen:

Abb. 2: Schematische Darstellung der Fragestellung



Die beiden folgenden Kapitel listen in tabellarischer Form auf,

- a) welche Datenquellen wir mit welchen Methoden benutzt haben (Kapitel 5.4.1) sowie
- b) eine Umsetzung der vier Hauptfragestellungen, die je differenziert werden in Evaluationsfragen, wobei sowohl die Veränderungsgrösse unserer Messung (Indikator) als auch die Quelle, woher die Information stammen soll, dieser Liste (Kapitel 5.4.2) zu entnehmen ist.

5.4.1. Datenquellen und Methoden

Presse	Inhaltsanalytische Auswertung von Zeitungsartikeln und zielgruppenspezifischen Printmedien zum Thema Tabak im Zeitvergleich, vertieft zum Thema „Raucherentwöhnung“
BAG	Wiederholte Interviews mit den MPT-Verantwortlichen und mit weiteren einschlägigen Stellen des BAG, Analyse einschlägiger Akten, vertieft zum Thema „Raucherentwöhnung“
Fallstud	Detaillierte Analyse der Zusammenarbeit aller Beteiligten und der Ergebnisse am Beispiel des „Tags des Nichtrauchens“ einschliesslich einer Sekundäranalyse der Dokumente und Evaluationen früherer „Tage des Nichtrauchens“
SekAn	Sekundäranalyse von bestehenden Datenquellen (z.B. Schweizerische Gesundheitsbefragung, Evaluation der Self-Care-Kampagne)
ForPro	Forschungsprojekte: Interviews mit den Projektverantwortlichen, vertieft mit den für „Raucherentwöhnung“ relevanten
IntPro	Interventionsprojekte: Interviews mit den Projektverantwortlichen kontinuierliche Beurteilung der Projektanträge anhand einer detaillierten Kriterienliste Daten aus den Projekten über die Zielgruppenerreichung (Selbstevaluation), vertieft bei Projekten zur „Raucherentwöhnung“ Analyse der jährlichen Rechenschaftsberichte ans BAG, vertieft bei Projekten zur „Raucherentwöhnung“
Inventar	Wiederholte Kurzbefragung der in der Tabakprävention tätigen Fachstellen
MAREPS	Studie zur Implementation von Gesundheitsförderungsstrategien (auch) in der Tabakprävention im europäischen Vergleich (EU BIOMED2-Projekt, mitfinanziert vom BAG): qualitative Studie aufgrund von Interviews und Quellenanalyse quantitative Befragung von Verantwortlichen der Tabakprävention quantitative Befragung einer Bevölkerungsstichprobe über die Wahrnehmung, Einschätzung und Befolgung der Tabakpräventionsstrategie
SchlüPer	vertiefte Interviews mit Schlüsselpersonen, die Auskunft für die Massnahmen der „Raucherentwöhnung“ geben können
TabOrg	Wiederholte Interviews mit wichtigen in der Tabakprävention tätigen Organisationen

5.4.2. Liste der Indikatoren

1. Wie günstig waren die Kontextbedingungen, unter denen das Massnahmenpaket Tabak (MPT) entstand und durchgeführt wurde?

Evaluationsfrage	Indikatoren	Quellen
1.1. <u>Gesundheitspolitische Situation</u> Wie förderlich bzw. hinderlich ist die offizielle gesundheitspolitische Situation in der Schweizer Tabakprävention einzuschätzen?	<ul style="list-style-type: none"> • Politische und administrative Entscheidungen und Bestimmungen (Ernen-nung einer handlungsfähigen Tabakkommission, Erhöhung der Tabaksteuer, verschärfte Arbeits- und Jugendschutzbestimmungen) • Einhaltung dieser Bestimmungen im Expertenurteil • Einschätzung des Erfolgsdruckes, unter dem das MPT steht 	BAG MAREPSA
1.2. <u>Öffentliche Meinung</u> Wie weit nimmt die öffentliche Meinung in der Schweiz die Tabakprävention allgemein und das MPT im speziellen überhaupt wahr? Wie weit akzeptiert bzw. unterstützt sie diese?	<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit und Stellenwert der Tabakprävention und des MPT in den Print-medien • Wahrnehmung und Einschätzung einschlägiger Massnahmen durch die Bevölkerung • Bekanntheit des MPT in der Bevölkerung 	Presse MAREPSC
1.3. <u>Die Tabakpräventionsszene und ihre Reaktion auf das MPT</u> <ul style="list-style-type: none"> • Wer betreibt professionell Tabakprävention in der Schweiz? • Wie positiv bzw. kritisch reagierten die an Tabakprävention interessierten Kreise in der Schweiz auf die Lancierung des MPT, seine Zielsetzungen und Massnahmen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl und Art der Akteure in der Tabakprävention • Beurteilung der Zielsetzungen des MPT • Beurteilung der Durchführung des MPT 	Inventar Int ProA TabOrg
1.4. <u>Staatliche administrative Kompetenzen und Strukturen</u> Wie geeignet sind die staatlichen administrativen Kompetenzen und Strukturen für die Tabakprävention in der Schweiz auf eidgenössischer und kantonal-er Ebene?	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein von zuständigem und fachlich kompetentem Personal • Unbestrittene interne Aufgabenzuteilung und Entscheidungskompetenz • Interne organisatorische Nähe zu verwandten Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung 	BAG
1.5. <u>Epidemiologische Datenlage</u> Standen die für die Durchführung des MPT benötigten epidemiologischer Daten zur Verfügung, um den Bedarf nach und die Wirkungen der Massnahmen zu erheben?	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit epidemiologischer Daten bezüglich Wissen, Einstellungen (Interesse, Akzeptanz) und Rauchverhalten • Nutzung dieser Daten 	BAG IntProB ForPro SekAn

2. Hat sich dank dem Massnahmenpaket Tabak die Zusammenarbeit in der Schweiz bezüglich Tabakprävention im allgemeinen und dem Programm „Entwöhnung“ im besonderen verbessert?

Evaluationsfrage	Indikatoren	Quellen
<p>2.1. Haben sich dank dem MPT und seinen Projekten seit 1995 <i>neue Strukturen</i> der Zusammenarbeit zwischen Organisationen der Tabakprävention gebildet und wurden bestehende Strukturen verbessert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • innerhalb der bisherigen Tabakprävention? • zwischen den bisherigen Stellen und den zuständigen Stellen von Bund und Kantonen • neue Kontakte zu anderen bisher nicht in diese Richtung tätigen Organisationen und Stellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung neuer Arbeitsgruppen, Kommissionen etc. • Neue schriftliche Informationskanäle bzw. Verstärkung bestehender (Newsletter, Broschüren etc.) • Vermehrte gemeinsame Nutzung von organisatorischen, räumlichen und sächlichen Ressourcen • Veränderung der Netzwerkstruktur in der Einschätzung der Beteiligten (Auflösung von Cliques, Einbindung von Isolierten, Kontakte zwischen bisher Unverbundenen) • Gemeinsame Projekte mehrerer Organisationsen, die ev. bisher nicht kooperierten 	<p>BAG IntProA+B ForPro SchlüPer Fallstud Inventar TabOrg</p>
<p>2.2. Wurde dank dem MPT und seinen Projekten die <i>inhaltliche Zusammenarbeit</i> seit 1995 verbessert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • innerhalb der bisherigen Tabakprävention? • zwischen den bisherigen Stellen und den zuständigen Stellen von Bund und Kantonen • neue Kontakte zu anderen bisher nicht in diese Richtung tätigen Organisationen und Stellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkter Austausch von mündlichen und schriftlichen Informationen • Vermehrte Übernahme von Materialien und Projekten • Vermehrte gemeinsame Entwicklung von Materialien und Projekten • Neue Regelungen von Zuständigkeiten und Kompetenzen (Spezialisierungen) • Vermehrtes gemeinsames Auftreten nach aussen (Lobbying, Finanzbeschaffung, Sponsoring) 	<p>BAG IntProA+B ForPro SchlüPer Fallstud TabOrg</p>
<p>2.3. Hat das BAG bezüglich der Zusammenarbeit Konsequenzen aus den Empfehlungen des Zwischenberichts der Globalevaluation gezogen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsaustausch • Aufgabenteilung und Zuständigkeiten 	<p>BAG, TabOrg, Inventar</p>
<p>2.4. Fördert das MPT insgesamt die Zusammenarbeit und das Identitätsgefühl</p> <ul style="list-style-type: none"> • der am MPT beteiligten Stellen und Projekte? • der in der Tabakprävention tätigen Stellen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung der Zusammenarbeit in der Tabakprävention • Einschätzung von Beteiligten, wieweit das MPT das Wir-Gefühl in der Tabakprävention gestärkt hat • Akzeptanz und Verwendung des Rabenlogos • Beteiligung an den Jahresveranstaltungen des MPT 	<p>MAREPSB BAG IntProA ForPro</p>
<p>2.5. Wird die verstärkte und verbesserte Zusammenarbeit das MPT bzw. die MPT-Projekte überdauern?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prognosen der Beteiligten, wieweit in Punkten 2.1. und 2.2. erfolgreiche Zusammenarbeit über das Finanzierungsende des MPT hinaus dauern wird 	<p>BAG IntProA SchlüPer</p>

3. Wurde dank dem MPT das Präventionsangebot verbessert?

Die folgenden Fragen sollen für ganze Massnahmenpaket beantwortet werden, vertieft für das Programm „Entwöhnung“:

Evaluationsfrage	Indikatoren	Quellen
3.1. Erfolgte dank dem MPT eine quantitative Ausweitung des für die Tabakprävention relevanten Angebotes?	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur quantitativen Ausweitung 	Inventar IntProA+D Fallstud
3.2. Engagierten sich dank der Unterstützung durch das MPT noch andere Geldgeber für das Tabakpräventionsangebot (z.B. vermehrtes Sponsoring)?	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben über zusätzliche Geldquellen 	IntProA+D Fallstud
3.3. Wurden dank dem MPT Projekte weitergeführt, die bisher aus anderen Quellen (teil)finanziert wurden (Rettung gefährdeter Projekte, Kostenverlagerung)?	<ul style="list-style-type: none"> • Fachstelleninterne Kürzung des MPT-Projektes zu Lasten BAG-Kredit • Externe Kürzungen, die auf das MPT-Projekt überwält wurden 	IntProA+D Fallstud
3.4. Wurden dank dem MPT Projekte durchgeführt, die praktisch nutzbare Grundlagen erarbeiteten <ul style="list-style-type: none"> • zur Identifikation und Erreichbarkeit von bisher nicht erfassten Zielgruppen • zur Verbesserung der Effektivität von Massnahmen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezugnahme auf Resultate der MPT-Forschungsprojekte in den MPT-Projektanträgen und MPT-Konzepten, ev. ausdrückliche Umsetzung • Beurteilung der Nützlichkeit der MPT-Forschungsergebnisse durch MPT-Beteiligte 	IntProA+B+D ForPro BAG
3.5. Wurden dank dem MPT Interventionsprojekte entwickelt und promoviert, welche <ul style="list-style-type: none"> • effektiv oder effizient waren? • ev. sogar effektiver oder effizienter als bisherige Massnahmen waren? • auf andere Weise innovativ waren? 	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl und Aktualität der in den Projektanträgen zitierten wissenschaftlichen Studien bzw. dokumentierten systematischen Erfahrungen, die die Wirksamkeit der geplanten Massnahme belegen • Geplante oder durchgeführte Wirkungsevaluation oder Kosten-Nutzen-Analyse • Vorhandensein von innovativen Elementen bezüglich Zielsetzungen, Zielgruppen und Methoden in den Projektanträgen • Einschätzung von ExpertInnen, wie effektiv, effizient und innovativ die MPT-Projekte sind 	IntProB SchlüPer
3.6. Wurden im Verlaufe des MPT von 1995 - 1999 die Qualität der Projektanträge verbessert?	<ul style="list-style-type: none"> • Präzise Begründung des Projektes • Klare Angaben zu Zielsetzungen, Zielobjekten, Methoden • Verweis auf Literatur zur Wirksamkeit der Intervention • Transparente Organisation und Finanzierung • Angepasste Evaluation 	IntProB

4. Wurden dank dem MPT die relevanten Zielgruppen besser erreicht?

Die folgenden Fragen sollen für ganze Massnahmenpaket beantwortet werden, vertieft für das Programm „Entwöhnung“:

Evaluationsfrage	Indikatoren	Quellen
4.1. Sind Bedarf und Bedürfnisse der Zielgruppen erkannt?	<ul style="list-style-type: none"> • Empirisch gestützte Begründung von Bedarf bzw. Bedürfnis der Zielgruppen im Projektantrag • Einschätzung durch Kenner der Zielgruppe, wie gut das Projekt auf deren Bedürfnis abgestimmt ist 	IntProA+B SchlüPer
4.2. Sind die Angebote (Projekte) den Zielgruppen bekannt?	<ul style="list-style-type: none"> • Umfang der Massnahmen, um das Angebot bei der Zielgruppe bekannt zu machen • Überprüfung der Bekanntheit durch das Projekt selber • Einschätzung der Bekanntheit durch Kenner der Zielgruppe 	IntProA SchlüPer ForPro
4.3. Werden die Angebote von den Zielgruppen akzeptiert?	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz aufgrund der Rückmeldungen von Teilnehmenden • Akzeptanz nach Einschätzung von Kennern der Zielgruppe 	SchlüPer IntProA+C ForPro
4.4. Werden die Angebote von den Zielgruppen genutzt?	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung des Angebots (Zahl der Teilnehmenden, Anzahl verschickter Broschüren) • Nutzung nach Einschätzung von Kennern der Zielgruppe 	SchlüPer IntProC ForPro

Die präsentierte Liste (Kapitel 5.4.2) war unser Hauptarbeitsinstrument, an dem wir uns orientierten. Für die einzelnen Erhebungen wurden die Fragestellungen jeweils differenziert und an das zu befragende Zielpublikum adaptiert. Die in den Satellitenberichten (Teile 1 bis 10) veröffentlichten Instrumente (jeweils im Anhang) zeigen, wie wir diese Schritte vorgenommen haben.

5.5. Die Umsetzung der Globalevaluation - ein Rechenschaftsbericht

Tabellarische Übersicht

In der folgenden Übersicht (Tab. 2) wird tabellarisch festgehalten, zu welchem Zeitpunkt welche Hauptaktivitäten die Koordinations- bzw. die Forschungsstelle ausführten. Zudem gibt die Aufstellung Auskunft darüber, welche Produkte im Zusammenhang mit den Aktivitäten der Forschungsstelle entstanden sind.

Tab. 2: Übersicht über die hauptsächlichen Aktivitäten des Evaluations-Teams

Jahr	Aktivitäten der Koordinationsstelle	Aktivitäten der Forschungsstelle	Produkte (Wo dokumentiert?) der Forschungsstelle
1996 (ab April)	<ul style="list-style-type: none"> – Sechs Sitzungen mit der Evaluationsbeauftragten und der MPT-Verantwortlichen des BAG – Dokumente beschaffen im BAG (viermal) – Informationsbesuche bei der AT, TAG und SKL – Vorstellen des MPT am Deutschschweizer- (in Bern) und am Westschweizer-Forum (in Genf) der AT – Konferenz „1 Jahr MPT“ in Bern 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vorbereitungen für die Evaluationsarbeit ◆ Konzeptualisierung der Evaluation (Erstellen der Indikatorenliste) ◆ Vorbereitungen für das Evaluationsseminar ◆ Konzeptualisieren und Durchführen der Datenerhebung zum Inventar I <p>Erarbeiten der Instrumente für die ersten Erhebungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zusammenstellen einer Literaturübersicht zum Thema Primärprävention (internes Papier) ◆ Indikatorenliste ◆ Diverse interne Arbeitspapiere ◆ Bähler, Bolliger-Salzmänn, Cloetta & Hofmann, 1997 ◆ Müller & Hofmann, 1999a ◆ Cloetta, Wechsler & Müller, 1999

<p>1997</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 6 Sitzungen mit der Evaluationsbeauftragten und der MPT-Verantwortlichen des BAG – 4 Sitzungen, an der ein grösserer Kreisteilnahme (BAG-Verantwortliche, AT, SKL) – Teilnahme an zwei Sitzungen der Forscher – Ein Besuch im BAG zum Beschaffen von Informationen und Dokumenten – Referat im „Journal-Club“ des BAG 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Durchführen des Evaluationsseminars ◆ Durchführung und Auswertung der ersten Erhebungen bei den Verantwortlichen des MPT im BAG und wichtigen VertreterInnen von Tabakorganisationen ◆ Zwischenbericht: schriftlicher Arbeitsbericht und mündliche Präsentation im BAG ◆ Vorstellen des MPT im Journal-Club des BAG ◆ Erste Interviewrunde zur Erhebung von Daten bei den MPT-Projekt- und Programmverantwortlichen ◆ Planung der zweiten Hälfte des MPT ◆ Instrumententwicklung zur Analyse der Projektanträge 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Arbeitspapier zur Selbstevaluation im MPT von Bolliger-Salzman & Cloetta, 1999b ◆ Bähler et al., 1997 ◆ Müller & Hofmann, 1999a ◆ Müller & Hofmann, 1999b ◆ Bähler et al., 1997 ◆ Bolliger-Salzman & Bähler, 1999 ◆ Internes Arbeitskonzept zur Globalevaluation ◆ Plan der Globalevaluation 1998-1999 ◆ Konzept für die Fallstudie ◆ Konzept für die Medienanalyse ◆ Bähler & Hofmann, 1999
--------------------	---	---	--

<p>1998</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 6 Sitzungen mit der Evaluationsbeauftragten und der MPT-Verantwortlichen des BAG – 4 Sitzungen, an der ein grösserer Kreis teilnahm (z.B. BAG-Verantwortliche, AT, SKL) – Drei Besuche im BAG zum Beschaffen von Informationen und Dokumenten – Teilnahme an der Präsentation des Krebsbekämpfungsprogramms 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zweite Interviewrunde zur Erhebung von Daten bei den MPT-Projekt- und Programmverantwortlichen ◆ Planung und Durchführung der Interviews mit den Schlüsselpersonen ◆ Detailplanung und Dateneingabe zur Medienanalyse ◆ Konzeptualisieren und Durchführen der Datenerhebung zum Inventar II ◆ Grundlagenarbeiten zur Fallstudie ◆ Mündliche Präsentation des zweiten Zwischenberichts in Referatform 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bolliger-Salzmänn & Bähler, 1999 ◆ Wechsler, 1999 ◆ Müller & Hofmann, 1999c ◆ Cloetta, Wechsler & Müller, 1999 ◆ Hofmann & Müller, 1999 ◆ Hand-Outs zu den Referaten, Foliensätze
--------------------	--	---	--

<p>1999</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 5 Sitzungen mit der Evaluationsbeauftragten des BAG – 1 Sitzung mit den MPT-Verantwortlichen 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Datenerhebung und Auswertung zu Einschätzungen des tabakpolitischen Kontextes durch die MPT-Verantwortlichen ◆ Kurzbericht über die vorläufigen Erkenntnisse der Globalevaluation ◆ Abschliessen der Fallstudie ◆ Abschliessen des Inventars II ◆ Auswertung der Interviews mit Schlüsselpersonen ◆ Auswertung der Daten der Medienanalyse ◆ Durchführung und Auswertung der zweiten Erhebungen bei den Verantwortlichen des MPT im BAG und wichtigen VertreterInnen von Tabakorganisationen ◆ Dritte Interviewrunde zur Erhebung von Daten bei den MPT-Projekt- und Programmverantwortlichen ◆ Analyse der Projektanträge 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bähler, 1999 ◆ Bolliger-Salzmänn & Cloetta, 1999c ◆ Hofmann & Müller, 1999 ◆ Cloetta, Wechsler & Müller, 1999 ◆ Wechsler, 1999 ◆ Müller & Hofmann, 1999c ◆ Müller & Hofmann, 1999a ◆ Müller & Hofmann, 1999b ◆ Bolliger-Salzmänn & Bähler, 1999 ◆ Bähler & Hofmann, 1999
--------------------	---	--	---

5.6. Das Konzept der sogenannten Satellitenberichte

Zehn Untersuchungen Im Verlauf des Massnahmenpakets Tabak konzipierten wir zehn Untersuchungen, teilweise mit mehreren wiederholten Datenerhebungen.

Jede der durchgeführten Erhebungen diene dazu, spezifische Fragestellungen aus dem Indikatorenkatalog zu beantworten. Die Erhebungen führten wir gestaffelt durch (s. nächste Seite) und dokumentierten die Anlage der jeweiligen Untersuchung sowie deren Ergebnisse je in einem separaten

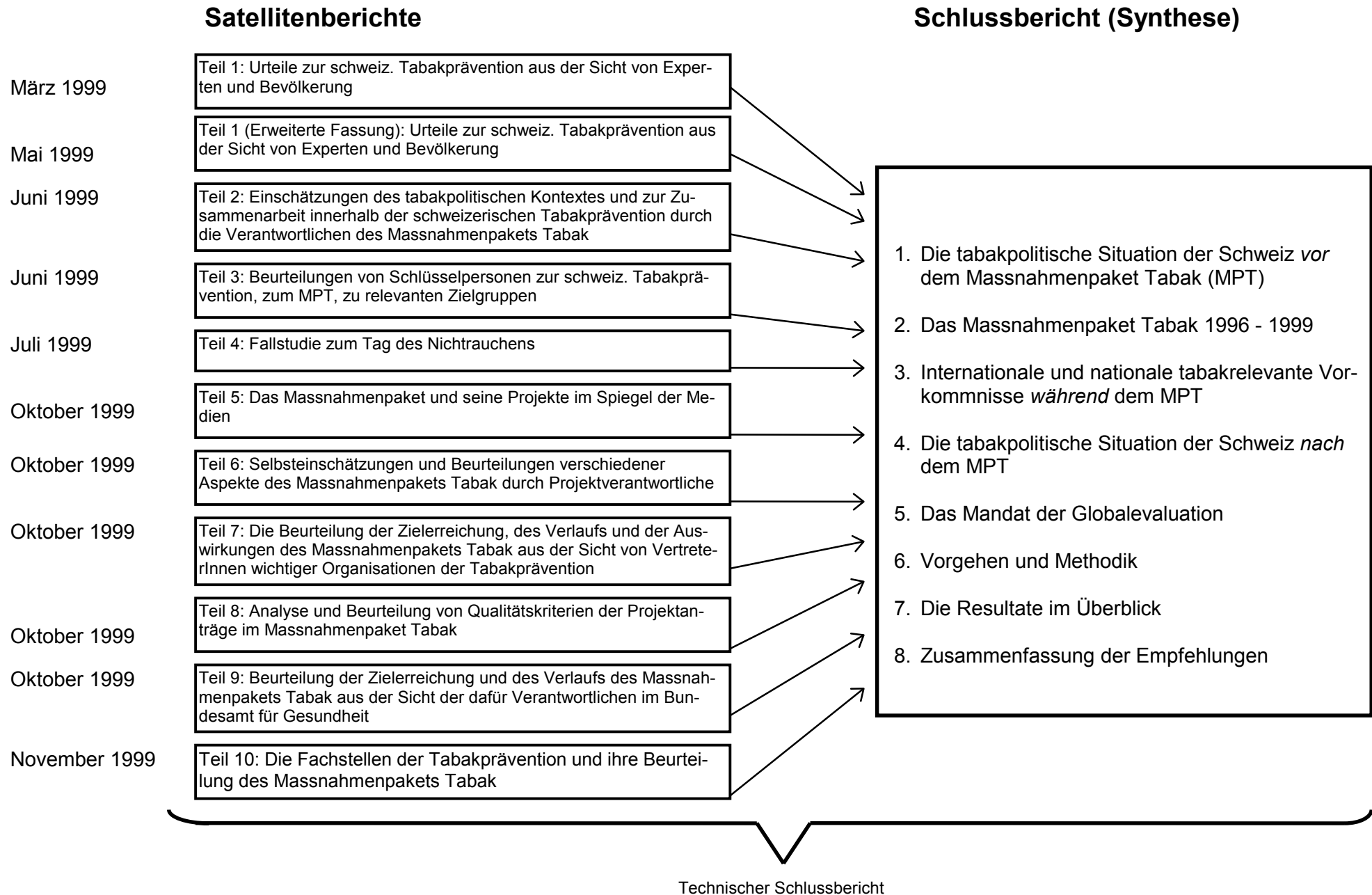
Zehn separate Arbeitsberichte, die sog. Satellitenberichte ten Arbeitsbericht (Teile 1 bis 10 des Schlussberichts, die sog. Satellitenberichte). In einem zweiten Arbeitsschritt stellten wir Ergebnisse der einzelnen Erhebungen zu einem Bericht zusammen, zogen Schlussfolgerungen daraus und formulierten entsprechende Empfehlungen: das Ergebnis dieser Arbeit ist der vorliegende Synthesebericht (Teil 11 des Schlussberichts).

Diese Art der Datenpräsentation zieht nach sich, dass jede einzelne Erhebung wie ein selbständiges Projekt behandelt wird. Dies hat, neben positiven motivationspsychologischen Auswirkungen (das Abschliessen von kleineren Arbeiten innerhalb einer grossen Aufgabe, mithin das Erreichen von Teilzielen, wirkt sich günstig auf die Motivationslage aus) auch zur Folge, dass jede Erhebung genügend Würdigung erfährt, die methodischen Belange sauber ausgearbeitet sein müssen und die Instrumente bei denjenigen Studien präsentiert werden können, für die sie auch entwickelt und eingesetzt wurden. Ein kleiner Nachteil könnte sich ev. ergeben, dass

Die Satellitenberichte münden in den abschliessenden Synthesebericht (Satelliten-) Berichte zirkulieren, deren Einbettung in ein ganzes Massnahmenpaket für uninformierte LeserInnen möglicherweise nicht leicht ist - diese können sich im hier vorliegenden Schlussbericht (der sog. Synthesebericht) dokumentieren.

Bildlich lässt sich der Arbeitsprozess wie folgt darstellen (Abb. 3):

Abb. 3: Übersicht über den Aufbau des Technischen Schlussberichts



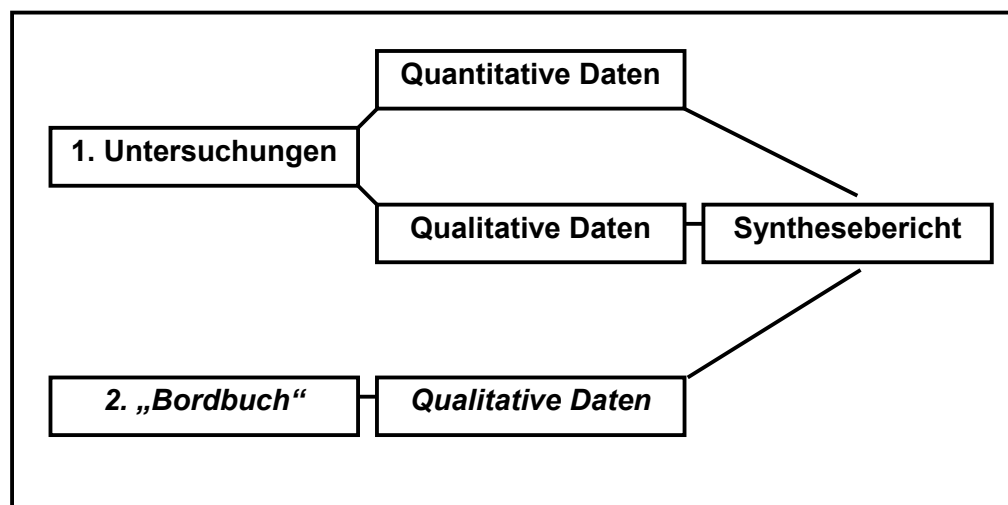
6. Vorgehen und Methodik

Die Methoden der einzelnen Datenerhebungen, die wir im Laufe der Projektzeit durchführten, sind in den jeweiligen Satellitenberichten ausführlich dokumentiert. An dieser Stelle geht es in knapper Form darum, in einem ersten Schritt das Design der Globalevaluation aufzuzeigen und in einem zweiten Schritt, eine Übersicht über sämtliche Datenerhebungen zu gewinnen.

6.1. Das Design der Globalevaluation

Grundsätzlich bedienen wir uns zwei unterschiedlicher Datenquellen (Abb. 4): einerseits (und dies ist der weitaus grössere Teil) stützen wir unsere Aussagen auf die erhobenen Daten, andererseits führten wir ein sog. „Bordbuch“. *Um diese Quelle im vorliegenden Bericht zu kennzeichnen, werden die Bezüge zum „Bordbuch“ im Folgenden kursiv geschrieben. Beim „Bordbuch“ handelt es sich um die chronologische Dokumentation von Aktennotizen und Korrespondenz, aber auch von durchaus subjektiven Meinungen und Eindrücken im Zusammenhang mit der Globalevaluation (z.B. Dokumentation von Eindrücken anlässlich der Konferenz „1 Jahr MPT“).*

Abb. 4: Die Datenerhebungsstränge der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak (MPT)



6.1.1. Die Datenerhebungen

Während der ganzen Laufzeit von vier Jahren wurden zu den im Konzept aufgeführten Fragestellungen Daten gesammelt, ausgewertet und dokumentiert. Die relativ lange Projektzeit erlaubte es, für geeignete Erhebungen

Design der Datenerhebungen: Querschnittsmessungen, Zweipunktmessungen und Triangulation

gen Zweipunktmessungen durchzuführen sowie Triangulationen vorzunehmen. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die ausgeführten Datenerhebungen während der Jahre 1996 bis 1999 im Rahmen der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak.

kets Tabak.

Ein besonderes Augenmerk richteten wir auf den Umstand, dass sowohl die Einschätzungen und Meinungen von Involvierten (z.B. BAG-

Innensicht und Aussensicht

MitarbeiterInnen, ProjektleiterInnen) als auch von Aussenstehenden (z.B. Schlüsselpersonen oder die Printmedien) erfasst wurden (zum Konzept der Schlüsselpersonen siehe

Wechsler, 1999).

Unterschiedliche Datenerhebungsmethoden

Zur Anwendung gelangten die verschiedensten sozialwissenschaftlichen Datenerhebungsmethoden, nämlich:

- persönliche Interviews
- Telefoninterviews
- telefonische Bevölkerungsumfrage
- Fragebogen (schriftlich)
- Medienanalyse
- Dokumentenanalyse

Diesem Methodenmix lag die Überlegung zu Grunde, den jeweils optimalen

Qualitative und quantitative Methoden

Ausschöpfungsgrad der Quellen sicherzustellen. Je nach Fragestellung und Anzahl Personen in den jeweiligen Stichproben bedienten wir uns qualitativen bzw. quantitativen Methoden.

Tab. 3: Übersicht über die Datenerhebungen

Zeitpunkt der Erhebung	N	Stichprobe	Methode	Art	Perspektive	Produkt
Frühjahr 1997	5	MPT-Verantwortliche des BAG und Programmleiterinnen	persönliche Interviews	qualitativ	Innensicht auf das MPT	Zwischenbericht April 1997
Frühjahr 1997	7	VertreterInnen wichtiger Organisationen der Tabakprävention	persönliche Interviews	qualitativ	Aussensicht auf das MPT	Zwischenbericht April 1997
August 1996 bis März 1997	85	Mit Tabakprävention befasste Stellen	schriftlicher Fragebogen	qualitativ und quantitativ	Aussensicht auf das MPT	Zwischenbericht April 1997
Sommer 1997	173	ExpertInnen der Prävention und Gesundheitsförderung	Fragebogen	qualitativ und quantitativ	Aussensicht auf die Tabakprävention	Teil 1
Winter 1997/98	406	Zufallsstichprobe der Bevölkerung über 18 Jahren	Telefoninterviews	quantitativ	Aussensicht auf die Tabakprävention	Teil 1
Januar 1999	5	ProgrammleiterInnen und MPT Verantwortliche des BAG	persönliche Interviews	qualitativ und quantitativ	Innensicht auf das MPT	Teil 2
Frühjahr 1999	11	Schlüsselpersonen (Gate Keepers)	Telefoninterviews	qualitativ und quantitativ	Aussensicht auf das MPT	Teil 3
1994 bis 1998	10	regionale Tabakorganisationen	Telefoninterviews	qualitativ	Innensicht auf den TNR	Teil 4
	1	nationale Koordinatorin des TNR	persönliches Interview	qualitativ	Innensicht auf den TNR	
	3510	Artikel in Printmedien	Printmedienanalyse	quantitativ	Aussensicht auf den TNR	
	406	Zufallsstichprobe der Bevölkerung über 18 Jahren	Telefoninterviews	quantitativ	Aussensicht auf den TNR	
1994-1998	3510	Artikel in Printmedien	Medienanalyse	vor allem quantitativ	Aussensicht auf das MPT	Teil 5
November 1997 Mai 1998 Juli 1999	22	ProjektleiterInnen der Interventions- und Forschungsprojekte	Telefon- oder persönliche Interviews	qualitativ und quantitativ	Innensicht auf das MPT	Teil 6
Juli bis September 1999	7	VertreterInnen wichtiger Organisationen der Tabakprävention	Telefoninterviews	qualitativ	Aussensicht auf das MPT	Teil 7
1996 bis 1999	16	Projektanträge an das BAG	Dokumentenanalyse	qualitativ und quantitativ	Innensicht auf das MPT	Teil 8
Juli bis September 1999	4	ProgrammleiterInnen und Verantwortliche des BAG	persönliche Interviews	qualitativ und quantitativ	Innensicht auf das MPT	Teil 9
November und Dezember 1998	78	Mit Tabakprävention befasste Stellen	schriftlicher Fragebogen	qualitativ und quantitativ	Aussensicht auf das MPT	Teil 10

6.1.2. Die Daten des „Bordbuchs“

Dieses Unterkapitel hat aufgrund der Subjektivität des Datenmaterials einen etwas eigenen Charakter. Wir haben Angaben zu vier Teilaspekten zusammengestellt und geben an dieser Stelle einen kurzen Kommentar über die Ausgangslage ab.

- Die Qualität des Feedback-Prozesses: *Die Qualität der Zusammenarbeit und der Feedback-Prozesse zwischen dem BAG und dem Evaluations-Team kann als Kernstück der gemeinsamen Arbeit betrachtet werden. Der Feedback-Prozess zwischen dem Evaluations-Team und dem BAG als Auftraggeber wurde dialogisch konzipiert und umgesetzt. Dazu wurden die in Tabelle 2 aufgeführten Zusammenkünfte zwischen den VertreterInnen der Koordinationsstelle und dem BAG abgehalten.*
- Das Beschaffen von Dokumenten im BAG: *Als Grundlage für unsere Arbeit waren Dokumente aus dem BAG unerlässlich. Diese Dokumente sollen nicht nur den Prozess des Massnahmenpakets beschreiben (z.B. Sitzungsprotokolle, die eine Richtungsänderung festhalten) sondern auch Papiere umfassen, welche von den ProjektleiterInnen der durchgeführten MPT-Projekte an das BAG gesandt werden müssen (z.B. Konzepte, Budgets, Zwischen- und Schlussberichte usw.).*
- Die Programmdokumentation: *Von einem grossen Projekt wie dem MPT darf mit Recht erwartet werden, dass es, auch im Sinne einer professionellen Projektmanagements, effizient und in genügendem Masse dokumentiert wird.*
- Transparenz der Kommunikation: *Zu den Eigenheiten grosser Projekte darf gezählt werden, dass, z.B. aufgrund gemachter Erfahrungen, Änderungen vorgenommen werden, z.B. bezüglich der (Zwischen-) Ziele. Dabei muss eine offene Kommunikation gewährleistet werden, um keine Verwirrung zu stiften.*

7. Die Resultate im Überblick

Bei der Präsentation der Ergebnisse folgen wir systematisch den Evaluationsfragen gemäss der Indikatorenliste. Das folgende Kapitel enthält zu jeder Fragestellung eine synthetisierte, komprimierte Darstellung der Aussagen, die in den verschiedenen Satellitenberichten zu ein und derselben Evaluationsfrage festgehalten wurden. Diese Aussagen stellen die belegbaren Resultate unserer Datenerhebungen dar. Sie sind jeweils am Schluss eines Kapitels oder Teilkapitels plaziert (grau unterlegt) und sind ergänzt mit Feststellungen, die wir als EvaluatorInnen anbringen (Evaluationssicht) und, wenn es sinnvoll ist, mit Empfehlungen.

Systematische Präsentation der Daten gem. der Indikatorenliste

Evaluationssicht und Empfehlungen grau unterlegt

Im Folgenden werden die Ergebnisse des zweiten Datenerhebungsstranges („Bordbuch“) kursiv dargestellt. Seit dem ersten Zwischenbericht (Bähler et al., 1997) sind diese Daten nicht mehr systematisch veröffentlicht worden, weshalb sie einen gewissen Raum einnehmen.

Erkenntnisse aus dem Bordbuch

7.1. Wie günstig waren die Kontextbedingungen, unter denen das Massnahmenpaket Tabak (MPT) entstand und durchgeführt wurde?

7.1.1. Evaluationsfrage 1.1:

Wie förderlich bzw. hinderlich ist die offizielle gesundheitspolitische Situation in der Schweizer Tabakprävention einzuschätzen?

7.1.1.a) Einschätzung der gesundheitspolitischen Situation

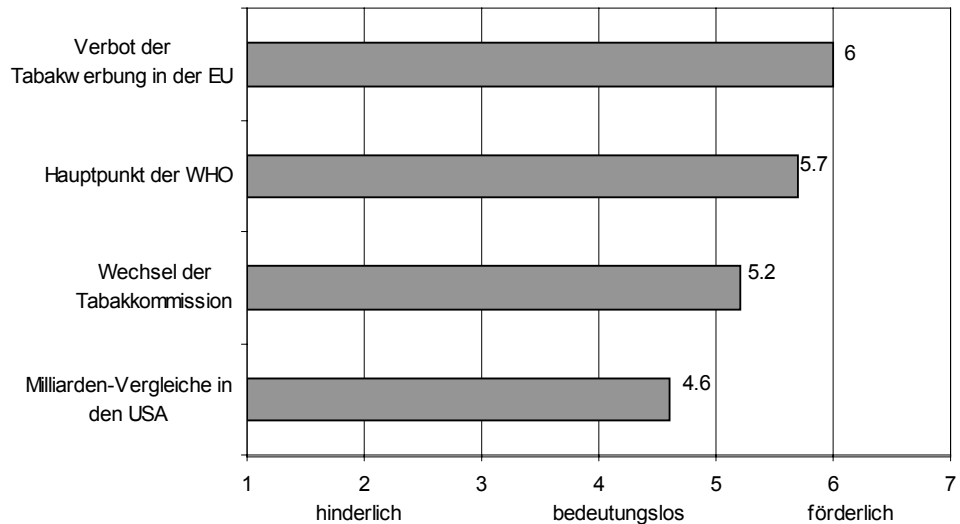
Die gesundheitspolitische Situation für die Tabakprävention wird von Vertretern des BAG als förderlich betrachtet. Auf internationaler Ebene wird v.a. das Verbot der Tabakwerbung in der EU und die Stellungnahme der WHO zur Tabakprävention als positives Signal für die schweizerische Tabakprävention angesehen. Auf nationaler Ebene ist die Lancierung der neuen Tabakkommission so-

Positive Signale aus der EU und von der WHO

wie die Stellungnahme der BAG-Direktion in bezug auf die Wichtigkeit der Tabakprävention für die Schweiz von Bedeutung (Abb. 5).

Abb. 5: Mittelwerte der Einschätzungen von MPT-Verantwortlichen (n=5) über wichtige tabakpolitischer Ereignisse im Ausland in Bezug auf die Tabakprävention in der Schweiz.

(Skala: 1=sehr hinderlich; 2=hinderlich, 3=ein wenig hinderlich; 4=bedeutungslos, 5=ein wenig, förderlich, 6=förderlich; 7=sehr förderlich).



7.1.1.b) Ein (zu) hohes Ziel und der wahrgenommene Erfolgsdruck

Das Hauptziel des MPT, nämlich eine entscheidende Senkung der RaucherInnenrate, wurde schon ganz zu Beginn von den Fachleuten als illusorisch deklariert. Die leichte Überprüfbarkeit dieses Ziels (z.B. von Seiten von PolitikerInnen) am Ende des MPT erhöhte allerdings in der Anfangszeit für die MPT-Verantwortlichen den Druck, das MPT unbedingt zu einem Erfolg werden zu lassen. Vor allem im Hinblick auf eine Weiterführung oder sogar einen Ausbau der Tabakprävention nach dem Abschluss des MPT erschien der festgestellte Erfolgsdruck als nachvollziehbar. Die Wahrnehmung der Belastung dieses Erfolgsdruckes veränderte sich im Verlauf des MPT, als dessen Weiterführung gesichert war. Das MPT wurde zu einer Herausforderung und Möglichkeit, wichtige Erfahrungen und Grundlagen für die weitere Präventionsarbeit zu sammeln.

Unrealistisches Hauptziel: Entscheidende Senkung der Prävalenz

Zu Beginn Erfolgsdruck, der auf dem MPT lastete

Evaluationssicht und Empfehlungen

Dank dem günstigem internationalen und nationalen Kontext hat die Tabakprävention als gesundheitspolitisches Thema des Bundes an Gewicht gewonnen. Diese positive Situation sollte genutzt werden, um die Schweiz besser europäisch einzubetten. Es ist störend (wenn auch aus der europolitischen Situation heraus nachvollziehbar), dass z.B. die Zahlen der Schweiz in den Statistiken, die der Europarat u.a. zur Tabakpolitik veröffentlicht, nicht enthalten sind.

Der Erfolgsdruck bezüglich der Zielerreichung zu Beginn des MPT veränderte sich im Verlauf der Arbeit in eine Herausforderung. Ein zu hochgestecktes Ziel (wie es hier der Fall ist) kann den Nachteil in sich tragen, dass es von Anfang an als unerreichbar gilt und deshalb demotivierend wirkt. Andererseits kann ein anerkannt unerreichbares Ziel (hier die Senkung der Raucherprävalenz auf einen europäischen Spitzenplatz) den Vorteil haben, keinen allzu starken Erfolgsdruck zu erzeugen. Der durch diese Dynamik entstandene Raum wurde im MPT genutzt für Erfahrungen (z.B. bezüglich Zusammenarbeit) und Aufbauarbeit (z.B. Etablierung einer Struktur bezüglich Zuständigkeiten zwischen dem BAG und der AT).

7.1.1.c) Veränderung der Strukturen und der Gesetzgebung

Ein wichtiger, wenn nicht unabdingbarer Bestandteil einer zukünftigen Tabakpolitik liegt nach Meinung der MPT-Verantwortlichen im verstärkten Ergreifen von strukturellen Massnahmen. Die Mandatierung der AT als Leaderin in der Tabakprävention könnte ihrer Ansicht nach ein solcher struktureller Schritt darstellen. Ihrer Meinung nach ist der politische Wille für die Tabakprävention momentan national und international eher vorhanden als noch vor ein paar Jahren und auch die gesundheitspolitische Situation präsentiert sich eher positiv. Diese Tatsachen wollen sie in eine griffige Tabakpolitik ummünzen. Für die MPT-Verantwortlichen ist klar, dass eine erfolgreiche Tabakprävention nicht ohne gesetzliche Massnahmen wie z.B. ein Werbeverbot oder die Erhöhung der Steuerbelastung auf Tabakprodukte auskommt. Weitere anzustrebende Ziele sind das Bereitstellen von finanziellen Ressourcen für die Prävention und das Erarbeiten von wissenschaftlichen Grundlagen.

Mandatierung der AT als Leaderin in der Tabakprävention

Politischer Wille für Tabakprävention eher vorhanden

Forderung nach Werbeverbot und die Erhöhung der Steuerbelastung

Evaluationssicht und Empfehlungen

Aus der Sicht der Evaluation sind die Zeichen der MPT-Verantwortlichen bezüglich Veränderungen von strukturellen Massnahmen erkannt worden. Die schwergewichtige Ausrichtung auf einen starken Partner hat sich in der Form schon im Alkoholbereich bewährt (dort ist die Leaderin die SFA). Eine solche Akzentuierung muss allerdings vom BAG offen kommuniziert und vertreten werden.

Die Einsetzung der Kommission für Tabakprävention (als Nachfolgerin der aufgelösten Eidgenössischen Kommission für Tabakfragen [ETK]) hat noch keine grossen Auswirkungen gezeigt. Weder das MPT noch die Tabakpolitik im allgemeinen konnten bisher davon profitieren. Für die Entwicklung in der Folgezeit und die Formulierung einer zukunftsweisenden Tabakpolitik ist die neue Kommission aber u.E. ein wichtiges Instrument, wenn auch seine Bedeutung geschmälert worden zu sein scheint: Neu ist das Gremium dem Eidg. Departement des Innern (EDI) zugeordnet und nicht mehr dem Bundesrat direkt unterstellt.

Die Beeinflussung der Meinungsbildung (Lobbying) ist wichtig, sowohl für gesetzliche Veränderungen wie auch zur Beschaffung von finanziellen Mitteln. Dazu muss das BAG mit seinen Partnern eine inhaltlich überzeugende, kohärente Argumentationsbasis aufbauen und auf geeigneten Kanälen verbreiten.

Im MPT konnten wichtige Erfahrungen und Grundlagen gesammelt werden, nun sollte jedoch der Fokus auf eine zukunftsweisende Tabakpolitik gerichtet werden. Dabei stellt sich die Frage der Vorgehensweise und damit verbunden der Entscheid, den bestehenden Spielraum nicht nur **auszunutzen**, sondern den Versuch zu wagen, ihn **auszuweiten**.

7.1.2. Evaluationsfrage 1.2:

Wie weit nimmt die öffentliche Meinung in der Schweiz die Tabakprävention allgemein und das MPT im speziellen überhaupt wahr? Wie weit akzeptiert und unterstützt sie diese?

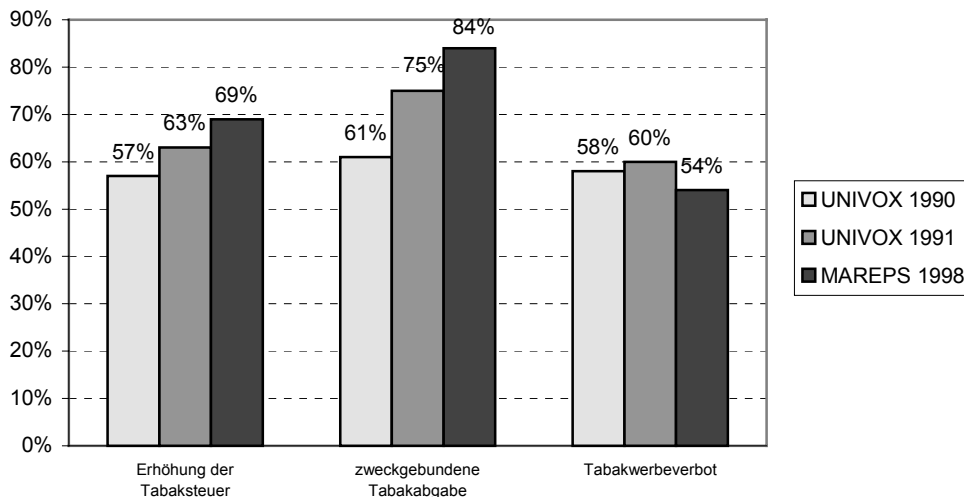
7.1.2.a) Bekanntheit und Akzeptanz der Tabakprävention

Generell fühlt sich die (Deutschschweizer) Bevölkerung über TP allgemein recht gut informiert. Sowohl RaucherInnen wie auch NichtraucherInnen befürworteten verstärkte Aktivitäten in der Tabakprävention, insbesondere was die Prävention bei Jugendlichen betrifft. Nur eine knappe Mehrheit ist für Werbeverbote hingegen gibt es sehr grosse Zustimmung zu einer zweckgebunden Abgabe auf Raucherwaren. In diesem Zusammenhang konnte festgestellt werden, dass die (v.a. zweckgebundenen) Preiserhöhung bei Tabakwaren in den letzten Jahren an Zustimmung zugenommen hat, während die Akzeptanz für Werbeverbote eher gesunken ist (Abb. 6).

Befürwortung von Tabakprävention, insbesondere bei Jugendlichen

Abb. 6: Meinungen zu regulativen staatlichen Massnahmen in der Tabakprävention im zeitlichen Verlauf

(Deutschschweizer Bevölkerungsbefragung MAREPS n=406, UNIVOX 1990 Deutschschweiz n=560, UNIVOX 1991 Deutschschweiz n=507, Befürwortung in %)



Unterschiedliche Meinungen zwischen NichtraucherInnen und RaucherInnen bestanden bei folgenden Einschätzungen: Verglichen mit den RaucherInnen stufen NichtraucherInnen die Förderung des Nichtrauchens weniger wirksam ein, der Einfluss verschiedener Quellen auf das Nichtrauchen

Z.T. Unterschiedliche Meinungen zwischen NichtraucherInnen und RaucherInnen

wurde deutlich kleiner eingeschätzt und eine Erhöhung der Tabaksteuer fand eine grössere Zustimmung.

Rauchverbote kein prioritäres Ziel

Rauchverbote (z.B. an öffentlichen Orten oder Arbeitsplätzen) sind bei RaucherInnen verständlicherweise nicht sehr beliebt, sind aber auch für NichtraucherInnen kein prioritäres Anliegen.

Evaluationssicht und Empfehlung

Die naive Vorstellung, dass NichtraucherInnen alles befürworten würden, was das Rauchen einschränkt, stimmt nicht generell: Auch sie sind geteilter Meinung über Werbeverbote. Umgekehrt lässt sich feststellen, dass RaucherInnen durchaus regulativen staatlichen Massnahmen in der TP zustimmen, beispielsweise einer zweckgebundenen Verteuerung, nicht aber einer Erhöhung der Tabaksteuer. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, in welchen Bereichen bei Interventionen ein vorsichtiges Vorgehen geboten ist, und wo der Spielraum angesichts der Akzeptanz in der Bevölkerung grösser ist, als allenfalls bisher angenommen wurde.

Rund ein Drittel mehr Printmedienberichterstattung über Tabakprävention während dem MPT

V.a. deutschsprachige Artikel über die grossen Kampagnen in kleinen regionalen Zeitungen

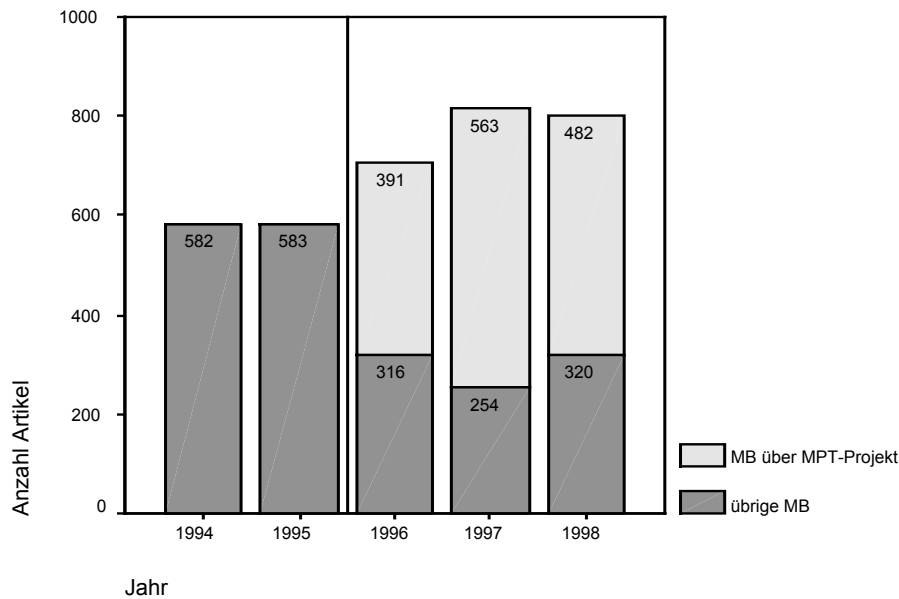
7.1.2.b) Tabak als Thema in den Printmedien

Die Medienpräsenz des Themas Tabak nahm zwischen 1994 und 1998 zu (Abb. 7). In den von uns untersuchten Bereichen „Primärprävention“, „Entwöhnung“ und „Passivrauchen“ wurde in den Jahren während dem MPT durchschnittlich rund ein Drittel mehr über Tabakprävention berichtet als in den beiden Jahren vor dem MPT. Im Vordergrund des grossen Anteils der Berichterstattung über MPT-Projekte standen aber Kampagnen (Tag des Nichtrauchens, Neue Lust Nichtrauchen), die schon vor dem MPT durchgeführt wurden. Die Berichterstattung über MPT-Projekte enthielt, verglichen mit der sprachlichen Verteilung in der übrigen von uns erhobenen Berichterstattung, proportional häufiger deutschsprachige Artikel, welche in kleinen regionalen Zeitungen erschienen (Müller & Hofmann, 1999c, S.11). Das MPT als Gesamtprogramm hingegen fand in den Medien kaum Beachtung.

Inhalte: häufig abschreckungsorientiert

In qualitativer Hinsicht fiel auf, dass in den Medienberichten deutlich häufiger abschreckungsorientiert als anreizorientiert argumentiert wurde.

Abb. 7: Zeitverlauf der Medienberichterstattung (MB), n=3491 Artikel



Das anfängliche Ziel, das MPT in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen, wurde im Verlauf des MPT von den MPT-Verantwortlichen zurückgenommen, mit der Begründung, dass es nicht darum gehe, das BAG in den Medien gut darzustellen.

Evaluationssicht und Empfehlung

Medienberichte über etablierte Projekte als alljährliche Pflichtübung reichen nicht aus, um die Öffentlichkeit für das Thema Tabakprävention zu sensibilisieren. Dafür ist der Informationsgehalt (konkret: der Inhalt und die Darstellung des vermittelten Sach- und/oder Kontextwissens, [für Details s. Müller & Hofmann, 1999c, S. 31]) der oft sehr kurzen Artikel zu gering. Mittels medienwirksamer Ereignisse und gutem Pressematerial könnte vermehrt die Chance genutzt werden, in der Berichterstattung einen Zusammenhang zwischen den konkreten Präventionsprojekten und allgemeineren tabakpolitischen Anliegen herzustellen.

Mit dem Aufgeben des ursprünglichen Ziels, das MPT in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, verzichtet das BAG darauf seine Glaubwürdigkeit als Einflussfaktor einzubringen und ein Zeichen für die Unterstützung der Tabakprävention zu setzen. Das gute Renommee, das sich das BAG in der Öffentlichkeit z.B. mit der Stop-Aids-Kampagne geschaffen hat, wäre sinnvollerweise auch für die Tabakprävention zu nutzen.

7.1.3. Evaluationsfrage 1.3:

Die Tabakpräventionsszene und ihre Reaktion auf das MPT

7.1.3.a) Wer betreibt professionell Tabakprävention in der Schweiz?

Das von uns erstellte Inventar der Fachstellen der Tabakprävention ergab folgendes Bild der Struktur der schweizerischen Tabakpräventionsszene: Die Kapazität von schätzungsweise rund 33 vollen Stellen verteilt sich zum einen auf relativ starke, gesamtschweizerisch tätige Stellen (ca. 50 % der Stellenprozentage in der TP), zum andern auf kleinere regionale Stellen mit jeweils geringen Personaldotationen (ca. 46 %) und auf eine Vielzahl von Institutionen, welche nur am Rande mit TP befasst sind (ca. 4 %). Bei der regionalen Verteilung fällt auf, dass die Innerschweiz (die ca. 10 % der Schweizerischen Wohnbevölkerung beheimatet) mit keiner spezialisierten TP-Stelle vertreten ist (Tab. 4). Während der Laufzeit des MPT wurden (auch wegen dem MPT) sieben neue Vollzeitstellen in der Tabakprävention geschaffen, wobei der Ausbau der TP im Sinne einer Konzentration und Stärkung der Grossen erfolgte.

Rund 33 vollen Stellen
in der Tabakprävention

In der Innerschweiz kei-
ne spezialisierte TP-
Stelle

Tab. 4: Stellenprozentage in der Tabakprävention nach geografischem Tätigkeitsbereich

geografischer Tätigkeitsbereich	N	Stellenprozentage in der Tabakprävention			
		sum- miert abs.	sum- miert %	Mittelwert	Median
ganze Schweiz	12	1725	52,6	143,8	80,0
Westschweiz und Tessin	11	530	16,2	48,2	20,0
Nordwestschweiz	11	466	14,2	42,4	20,0
Innerschweiz	4	25	0,8	9,5	2,5
Ostschweiz und Zürich	11	534	16,3	48,6	20,0
Total	49	3280	100,0	66,9	20,0

Evaluationssicht und Empfehlung

Der Ausbau der Strukturen ist erfreulich, auch wenn (nach wie vor) regionale Unterschiede bestehen (Unterversorgung der Innerschweiz). Nun gilt es, die aufgebauten Strukturen und Kompetenzen auch in Zukunft zu erhalten.

7.1.3.b) Beurteilung des MPT aus der Sicht der an Tabakprävention interessierten Kreise

- Allgemeine Beurteilung

Von den VertreterInnen wichtiger Organisationen sowie übrigen Fachstellen der TP wurde das bloße Stattfinden des MPT, und damit die zusätzlichen Mittel für die Tabakprävention, am positivsten beurteilt. Das MPT gilt als Manifestation des politischen Willens, Geld in die Tabakprävention zu investieren. Der Name „Massnahmenpaket“ wird jedoch von den MPT-Verantwortlichen und den VertreterInnen wichtiger Tabakpräventions-Organisationen teilweise als „Ettikettenschwindel“ bezeichnet, denn im gegebenen Rahmen des MPT seien keine einschneidenden strukturellen Massnahmen möglich, die wegbereitend für eine wirksame Tabakpolitik wären, wie z.B. Werbeeinschränkungen oder Preispolitik.

Durchführung des MPT gilt schon als Erfolg

MPT verdient den Namen Massnahmenpaket nicht

- Engagement des BAG in der TP

Der Mehrheit der Schlüsselpersonen sowie der VertreterInnen von wichtigen Organisationen der TP befürworteten ein verstärktes Engagement des BAG in der Tabakprävention. In folgenden Punkten waren sich die Befragten einig, was dieses Engagement beinhalten sollte: Das BAG muss seine Ordnungs- und Koordinierungsaufgabe klar verbessern und dem Thema Tabak in der Öffentlichkeit und in der Politik höhere Priorität verleihen. Nach Einschätzung der Schlüsselpersonen ist die Beteiligung des BAG an der TP nahezu eine Verpflichtung, da der Bund auch Einnahmen aus dem Tabakkonsum hat. Einigkeit herrscht auch darüber, dass das Budget für eine wirksame TP noch viel zu klein ist.

Das BAG soll Ordnungs- und Koordinierungsaufgaben wahrnehmen

Soll das BAG auch operativ tätig sein?

Uneinig waren sich die Schlüsselpersonen und die VertreterInnen von wichtigen Organisationen in der TP darüber, ob das BAG neben seiner Koordinationstätigkeit auf der strategischen Ebene auch operativ tätig sein soll und/oder ob es Projekte Dritter mitfinanzieren soll. Auch hinsichtlich der Frage, ob ein Bundesamt für die Durchführung von Medienkampagnen geeignet ist, gingen die Meinungen auseinander.

Kritische Einschätzung der Zielerreichung

- Zielsetzungen, Programmschwerpunkte und Angebot des MPT
Die VertreterInnen von wichtigen Organisationen in der TP schätzten die Erreichung der Ziele eher negativ ein. Als Gründe wurden v.a. die beschränkten Mittel und die fehlenden tabakpolitischen Rahmenbedingungen genannt. Zudem waren gewisse Ziele zu hochgesteckt und unrealistisch. Dies wurde zwar vom BAG (u.a. als Ergebnis der formativen Globalevaluation) z.T. erkannt, die revidierten bzw. präzisierten Zielvorgaben wurden jedoch nicht nach aussen kommuniziert.

Prioritätensetzung fehlt

Von verschiedener Seite, auch vom BAG selbst, wurde die Aufteilung der Zielsetzungen und Strategien in die drei Programme Primärprävention, Entwöhnung und Passivrauchen, kritisch hinterfragt. Da sich fast „alles“ darunter subsumieren lässt, drängt sich eine konsequentere Prioritätensetzung auf.

Effektivität

Was das MPT-Angebot betrifft, wurde dessen Effektivität bzw. die Nachhaltigkeit der Effekte aus der Sicht der Schlüsselpersonen stark angezweifelt.

Praktisch nur Insider genügend informiert

- Information über das MPT
Der Informationsstand der mit TP befassten Stellen ist eher gering. Am besten informiert sind die „Insider“, d.h. die gesamtschweizerisch tätigen Stellen, die Universitäts- und Forschungsinstitute und reine Tabakpräventionsstellen, sowie Stellen mit einem MPT-Projekt. Die Schlüsselpersonen verfügen zwar über Kenntnisse über das MPT, oft handelt es sich dabei aber um Allgemeinplätze. Sie bedauerten dann auch, nicht mehr und systematisch in die Gesundheitsförderung eingebunden zu werden, nicht zuletzt weil sie sich als wichtige Gate keeper betrachten.

Die Informationspolitik des BAG über das MPT war Gegenstand heftiger Kritik, welche sich in den letzten Jahren eher noch verstärkt hat. Die Konsequenzen der mangelhaften Information zeigten sich darin, dass gerade jene Institutionen, welche sich nicht informiert und nicht berücksichtigt fühlen, dem MPT kritischer gegenübertraten.

Kritik an der Informationspolitik des BAG

Mangelhaft Informierte waren besonders kritisch

Problematisch erscheint uns nicht nur die ungenügende Information über das MPT, sondern zusätzlich, dass mehrere Neuorientierungen während dem MPT nicht kommuniziert wurden. Diese wurden einfach stillschweigend eingeführt. Dies erschwerte nicht nur unsere Arbeit als EvaluatorInnen sondern verunsicherte die Partner des BAG unnötigerweise. Die gewählte Vorgehensweise hinterlässt den Eindruck eines BAG, das nicht auf der Höhe eines professionellen Projektmanagements agiert.

Bordbuch: Neuorientierungen nicht kommuniziert

Das BAG hat im Laufe des MPT mehrere Wechsel in der verfolgten Strategie vollzogen, die nicht nur positiv als das Neuausrichten auf die Ergebnisse der laufenden Prozessevaluation betrachtet werden können. Schon zu Beginn wurden in den eigenen Reihen des BAG Stimmen laut, die erkannten, dass das so begonnene MPT nicht zu dem erhofften Erfolg führen werde, wenn nicht eine straffere Projektleitung die Zügel in die Hand nehme. Aus Opportunitätsgründen, vielleicht auch aus personellen Rücksichtnahmen, wurden allerdings keine einschneidenden Massnahmen durchgeführt, sondern die im MPT gemachten Erfahrungen kamen viel mehr dem zu diesem Zeitpunkt in Entwicklung befindlichen Massnahmenpaket Alkohol („Alles im Griff“) zu gute. Dies ist zwar ein im Sinne der Lernfähigkeit einer Organisation sicher nicht unerwünschtes, aber doch eher überraschendes Ergebnis.

Straffere Projektleitung gefordert

Keine Politikänderung trotz Erkennen

Ein weiterer Indikator für nicht optimales Projektmanagement war, dass während des ganzen Massnahmenpakets im BAG nie eine kontinuierliche Dokumentation bezüglich des MPT stattgefunden hat. Sowohl an sich zuständige BAG-Mitarbeiterinnen als auch aussenstehenden Personen (z.B. EvaluatorInnen) war es z.T. nicht möglich, sich innert nützlicher Frist über einen bestimmten Sachverhalt zu informieren. Es fehlte ganz entschieden ein zentraler Ort, an dem die relevanten Dokumente aufbewahrt werden und zu gegebener Zeit wieder greifbar sind.

Ungenügende Dokumentation - fehlende Übersicht

Keine 100 %ige Sicherheit betreffend der Projekte

Möglicherweise mit dem eben angesprochenen Umstand in Zusammenhang stehend, sehen wir die Tatsache, dass es während der ganzen Laufzeit des Massnahmenpakets immer ein paar Projekte gab, bei denen eine oder mehrere der folgenden Fragen offen waren:

- gehört das Projekt überhaupt zum Massnahmenpaket?
- wann hat es begonnen bzw. wann wurde es abgeschlossen?
- wie heisst das Projekt genau (deutsch und/oder französisch)?
- welche BAG-Nummer hat es?
- wie gross ist der zugesprochene Betrag?

Trotz intensivem Bemühen unsererseits zeigten sich immer wieder von neuem Unsicherheiten, v.a. deshalb, weil sich bei der Klärung des einen Problems ein anderes auftat (z.B. ein anderer Betrag bei einem bekannten Projekt oder eine inkonsistente Übersetzung, die zu Unsicherheiten und Nachfragen Anlass gab).

Evaluationssicht und Empfehlung

Das MPT als solches war eine Angelegenheit für „Insider“, und konnte die ursprünglich beabsichtigte Informationswirkung nicht erzielen. In den Bereichen Koordination und Informationsaustausch sollte der Bund mittels einer konsistenten Politik sein Engagement ausbauen.

Obschon die mangelnde Information über das MPT auch Gegenstand des ersten Zwischenberichts war, hat das BAG in dieser Hinsicht keine wesentlichen Veränderungen vorgenommen (s. Kap. 7.2.2). Damit hat das BAG berechnigte Anliegen wichtiger ExponentInnen der TP nicht genügend ernstgenommen. Zudem erzeugt die mangelnde kommunikative Einbindung der Partner eine negative Stimmung gegenüber dem BAG, welche auch in anderen Bereichen zum Ausdruck kommt (s. Kap. 7.2.1).

7.1.4. Evaluationsfrage 1.4:

Wie geeignet sind die staatlichen administrativen Kompetenzen und Strukturen für die Tabakprävention in der Schweiz auf eidgenössischer und kantonaler Ebene?

7.1.4.a) Fachliche Kompetenzen

Die fachlichen Kompetenzen werden in der Selbsteinschätzung von den Verantwortlichen des MPT als ausgewogen und positiv beurteilt. Die Personalfuktuation im MPT-Team wirkten sich jedoch ungünstig aus, da diese zu einer deutlichen Mehrbelastung und zeitweiligen Verlust des Überblicks einzelner Teammitglieder führte. Der Koordinationswechsel ergab eine Kompetenzergänzung. So konnten wichtige Kompetenzen wie Management und Werbung mit der Neubesetzung der Koordinationsstelle ergänzt werden. Anzustreben ist nun in den Augen der MPT-Verantwortlichen ein Weiterbildungs-Effort im Marketing-Denken und im Know How über politische Prozesse, damit individuelle Kompetenzen auch in diesem, für die Zukunft wichtigen Bereich wachsen.

Selbsteinschätzung der fachlichen Kompetenzen positiv

Koordinationswechsel als Kompetenzergänzung

Auch den Tabakpräventions-Organisationen wird von den Verantwortlichen des MPT hohe fachliche Kompetenz zugeschrieben. Vor allem jene Institutionen, die schon längere Zeit in der Tabakprävention arbeiten, verfügen über hohe Fachkompetenz speziell in der Arbeit mit den Zielgruppen. In der Sichtweise der Verantwortlichen des BAG stellt sich für die Tabakpräventions-Organisationen die Aufgabe, sich von der Mentalität „jeder macht alles“ weg zu orientieren und sich hin zur Bildung von verschiedenen Kompetenzzentren zu bewegen.

Hohe Fachkompetenz der Präventionsstellen

Bildung von Kompetenzzentren

Evaluationssicht und Empfehlung

Die aufzubauende Arbeitsteilung in Form von Kompetenzzentren ist eine Aufgabe, in der das BAG die Führung übernehmen sollte.

7.1.4.b) Regelung der externen und internen Aufgabenverteilung

Gewichtung des Themas Tabak innerhalb des BAG erhöhte sich

Hinsichtlich der Regelung der externen und internen Aufgabenverteilung lässt sich beim BAG ein Prozess des Umdenkens feststellen. Einerseits wird intern die Gewichtung des Themas Tabak höher bewertet, andererseits verfestigt sich die Meinung, dass das BAG sich auf die Kernaufgaben, die sich nicht auf der operativen sondern auf der strategischen Ebene befinden, besinnen soll. Damit eröffnet sich der Weg, operative Aufgaben anhand eines Leistungsauftrages extern an andere professionelle Akteure (z.B. die AT) zu delegieren (s. dazu auch Kap. 7.2.1.d).

Delegation der operativen Aufgaben

7.1.4.c) Entscheidungswege

Delegation von Kompetenzen innerhalb des BAG nach unten

Die dem MPT zugrundeliegende staatlich administrative Struktur bewirkt einen längeren Entscheidungsweg. Die Entscheidungsprozesse werden dadurch schwerfällig und erschweren das schnelle und flexible Reagieren auf veränderte Situationen. In der Anfangsphase des MPT wurde diese Schwierigkeit bereits thematisiert und daraus ergab sich die Forderung im MPT-Team mehr Verantwortung hierarchisch „nach unten“ zu delegieren. Diese Forderung wurde im Verlaufe des MPT erfüllt und die Entscheidungskompetenzen des Koordinators sowie der Programmleiterinnen stiegen in einem festgelegten Rahmen, der ihnen eine grössere Flexibilität ermöglichte.

Evaluationssicht und Empfehlung

Die administrative Struktur des BAG als Bundesamt entspricht in erster Linie einer Verwaltungsorganisation. Auf eine effektive Projektdurchführung wirkt sich eine solche eher ungünstig aus. Die Entscheidungswege sind schwerfällig und erschweren kurzfristige und flexible Änderungen. Anzeichen für diese Schwierigkeiten wurden schon in der Anfangsphase des MPT registriert. Es wurden zwar korrigierende Massnahmen ergriffen, diese liefen aber im Prinzip auf die Optimierung innerhalb der gewählten Struktur des MPT hinaus.

Die Delegation der operativen Aufgaben an externe Partner ist unter den gegebenen Umständen ein vernünftiger Schritt.

7.1.5. Evaluationsfrage 1.5:

Standen die für die Durchführung des MPT benötigten epidemiologischen Daten zur Verfügung, um den Bedarf nach und die Wirkungen der Massnahmen zu erheben?

7.1.5.a) Geringe Anzahl und Verfügbarkeit spezifischer epidemiologischer Daten

In der Zeit des Massnahmenpaketes sind zwar wichtige Forschungsgrundlagen erarbeitet worden, aber es gibt aus der Schweiz nach wie vor zu wenig spezifische epidemiologische Daten, um Fragen nach dem Bedarf der Zielgruppen und den Wirkungen der Programme beantworten zu können.

Zu wenig epidemiologische Daten aus der Schweiz für spezifische Fragestellungen

7.1.5.b) Systematisches Vorgehen mit epidemiologischen Daten

Die Intensivierung der Forschung reicht alleine nicht aus. Zusätzlich sollte die Verfügbarkeit und Aufbereitung der gesammelten Daten verbessert werden. Das unsystematische Erheben und Sammeln von empirischen Daten kann dieser Aufgabe, auch unter dem Aspekt der Vergleichbarkeit und Kontinuität nicht gerecht werden. Dieses Problem wurde schon früher erkannt und mit der Machbarkeitsstudie von Krebs und Demarmels (1998) wurden Vorgaben zu einem koordinierten Sammeln von Daten erarbeitet. Die Autoren empfehlen die Etablierung eines modularen „Forschungssystems Tabak“, welches ein Vorschlag zur systematischen Datenerhebung in der Tabakprävention ist.

Vorschlag eines modularen „Forschungssystems Tabak“

7.1.5.c) Nutzung der epidemiologischen Daten

In der Analyse der Projektanträge zeigte sich deutlich, dass in der Konzeption von Projekten wenig bis überhaupt nicht auf epidemiologische Daten bezug genommen wird. Nur wenige, finanziell gut ausgestattete Projekte verwendeten solche Daten. Die Analyse von 16 Projekten zeigte ferner, dass nur die Hälfte überhaupt den Versuch zur wissenschaftlichen Stützung machte. Von dieser Hälfte waren es wiederum nur die vier Projekte zur Tabakentwöhnung, die insgesamt befriedigende Angaben lieferten. Für diesen Mangel an wissenschaftlicher Abstützung können verschiedene Gründe möglich sein:

Kaum Verwendung epidemiologischer Daten bei den Projektanträgen

- Die Projektverantwortlichen kennen die Daten aus der Literatur nicht oder zu wenig
- Die Daten liegen nicht in der für die Praxis nötigen Form vor
- Die Daten sind schwer verfügbar
- Die Projekte haben nicht die finanziellen und personellen Mittel, diese Ergebnisse zu beschaffen und einzubeziehen

Diese Umstände führen dazu, dass gegenwärtig v.a. grössere Projekte überhaupt in der Lage sind, in diese Richtung etwas zu tun.

Evaluationssicht und Empfehlung

Es wird nicht reichen, nur die Forschungsarbeit zu intensivieren. Ebenso wichtig erscheint es, wissenschaftliche Daten systematisch zu sammeln und für die Bedürfnisse der Praxis verfügbar zu machen. In den Projektdokumenten sollte auf die empirische Untermauerung von Bedarf und Bedürfnisse mehr Wert gelegt werden.

Das von Krebs und Demarmels (1998) vorgeschlagene Datenerhebungssystem („Forschungssystem Tabak“) stellt eine sinnvolle Basis dar, um zusammen mit der Praxis eine systematische Datensammlung zu etablieren. Eine Koordination mit dem geplanten Gesundheitsobservatorium drängt sich hier auf.

7.2. Hat sich dank dem Massnahmenpaket Tabak die Zusammenarbeit in der Schweiz bezüglich Tabakprävention im allgemeinen und dem Programm „Entwöhnung“ im besonderen verbessert?

7.2.1. Evaluationsfragen 2.1 und 2.2:

Haben sich dank dem MPT und seinen Projekten seit 1995 neue Strukturen der Zusammenarbeit zwischen den Organisationen der Tabakprävention gebildet und wurden bestehende Strukturen verbessert? Wurde dank dem MPT und seinen Projekten die inhaltliche Zusammenarbeit seit 1995 verbessert?

7.2.1.a) Zusammenarbeit zwischen den Fachstellen der Tabakprävention

Aus der Sicht der Fachstellen der Tabakprävention hat sich die Zusammenarbeit in der TP in den letzten Jahren in quantitativer und qualitativer Hinsicht ausgeweitet. Dabei haben sich entweder Kontakte, welche schon vor dem MPT bestanden verbessert, oder es sind seither neue Kontakte entstanden. Diese werden aber nicht notwendigerweise auf das MPT zurückgeführt (s. Kapitel 7.2.1c). Auffällig positiv entwickelten sich die Kontakte der Universitäts- und Forschungsinstitute mit Verwaltungsstellen und diejenigen der Stellen der Lungenliga insgesamt. Unterdurchschnittlich waren die neuen Kontakte bei der Krebsliga. Die Zusammenarbeit war aber nach Einschätzung von Schlüsselpersonen und von VertreterInnen wichtiger Organisationen weitgehend nicht formalisierter Natur, ausser bei „Sonderanlässen“ wie dem Tag des Nichtrauchens, bei dem die Zusammenarbeit positiv bewertet wurde.

Vermehrte Zusammenarbeit in der TP (quantitativ und qualitativ)

Positive Entwicklung der Kontakte der Universitäts- und Forschungsinstitute mit Verwaltungsstellen

Kritisiert wurde hingegen seitens von VertreterInnen wichtiger Organisationen in der TP, dass aufgrund von Konkurrenzverhältnissen und mangelnder Koordination Doppelspurigkeiten bestehen würden.

Kritik an häufigen Doppelspurigkeiten

7.2.1.b) Die Stellung der AT in der Tabakprävention

Die Stellung der AT in der TP hat sich in den letzten Jahren gestärkt. Von verschiedener Seite wurde sie zunehmend als wichtige Koordinatorin und Vermittlerin akzeptiert. Daher schätzten die VertreterInnen wichtiger Organisationen der TP auch die Beziehung zwischen der AT und den kantonalen und privaten Partnern positiv ein.

Verstärkte Stellung der AT

BAG fasst Delegation der Projektführung mittels Leistungsauftrag an die AT ins Auge

Auch wenn die Arbeitsteilung zwischen der AT und dem BAG hinsichtlich eines Folgeprogramms noch nicht definitiv geklärt ist, war ein Prozess des Umdenkens seitens des BAG klar erkennbar. Die Delegation der Projektführung mittels Leistungsauftrag an die AT wurde von den MPT-Verantwortlichen als wahrscheinliches Zukunftsszenario erwähnt (s. dazu auch Kap. 7.2.2).

Geringer Einfluss des MPT auf die Zusammenarbeit

7.2.1.c) Der Einfluss des MPT auf die Zusammenarbeit

Der Einfluss des MPT zur Verbesserung der Zusammenarbeit wurde von den VertreterInnen wichtiger Organisationen der TP als eher gering eingestuft. Aus der Sicht der Fachstellen ist ein Zusatzeffekt des MPT bezüglich einer Verbesserung der Kontakte allein bei denjenigen zu den Verwaltungsstellen zu beobachten. Für die ProjektleiterInnen führten die MPT-Interventionsprojekte zwar zu einer grösseren Vernetzung, dies hatte aber wenig Einfluss auf die inhaltliche Zusammenarbeit. In den Projektanträgen ist ebenfalls ein weitgespanntes Netz, auch über die TP hinaus, erkennbar. Eine optimale Nutzung durch Austausch und Kompetenzzuordnungen wurde aber nur im Entwöhnungsbereich sichtbar.

Kritische Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen dem BAG und der TP

7.2.1.d) Die Zusammenarbeit mit dem BAG

Die Zusammenarbeit mit dem BAG verbesserte sich durch das MPT nur wenig und wurde von den VertreterInnen wichtiger Organisationen der TP teilweise kritisch eingeschätzt. Ein Teil der Institutionen, welche konkret mit dem BAG zu tun hatten, nahmen dieses aufgrund seiner Finanzierungspolitik als unzuverlässigen Partner wahr. Andere wiesen zusätzlich nochmals auf die ungenügende Informationspolitik hin, welche eine gute Zusammenarbeit verhinderte.

Ungenügende Informationspolitik des BAG

Positive Einschätzung der Zusammenarbeit mit dem BAG durch Forschungsjektleiter

Im Bereich der Forschungsprojekte sieht die Situation etwas anders aus. Hier wandte das BAG einen andern Finanzierungs- und Informationsmodus an, indem es die volle Finanzierung der Projekte garantierte und regelmässige Konferenzen für einen Austausch durchführte. Die Forschungsprojektleiter schätzen daher die Zusammenarbeit mit dem BAG im allgemeinen positiv ein.

Zu Beginn der Evaluationstätigkeit, v.a. beim Ausformulieren der Indikatorenliste, waren die Sitzungen mit dem BAG jeweils schwierige Verhandlungen, die uns (die EvaluatorInnen) z.T. konfus zurückliessen. Im „Bordbuch“ ist festgehalten, dass es uns wiederholt nicht gelungen ist, uns verständlich zu machen und unsere Vorschläge so darzustellen, dass sie für das BAG einleuchtend gewesen wären. Die zur damaligen Zeit herrschende Umstrukturierungsprozess innerhalb des BAG hatte mehrmals zur Folge, dass wir mit verunsicherten Gesprächspartnerinnen verhandeln mussten. Zudem hatten wir des öfteren das Gefühl, dass getroffene Abmachungen bei der nächsten Sitzung schon keine Gültigkeit mehr hatten, oder dass sie revidiert worden oder gar vergessen gegangen waren. In dieser Phase zeigte sich das BAG für die EvaluatorInnen als schwieriger Vertragspartner. Die Situation verbesserte sich zusehends nach der Erarbeitung der Indikatorenliste, da sich von da an beide Parteien auf ein gemeinsam abgesegnetes Dokument stützen konnten, auf das sie sich bei Bedarf berufen konnten. Der im Anschluss daran stattgefundene personelle Wechsel auf Seiten des BAG trug insofern zur Stabilisierung der Situation bei, als für die neuen Verantwortlichen des BAG Tatsachen geschaffen worden waren, die von ihnen problemlos akzeptiert werden konnten.

Bordbuch: Zusammenarbeit BAG-Evaluationsteam

BAG als schwieriger Vertragspartner für die EvaluatorInnen

Ein äusserst angenehmer Aspekt der Zusammenarbeit war das Beschaffen von Dokumenten im BAG: Zu Beginn des Massnahmenpakets legten wir uns eine Dokumentationsbasis an, die v.a. aus Papieren aus dem BAG bestand. Das Beschaffen dieser Papiere war zwar zeitaufwendig, aber wegen der Offenheit, mit der wir uns im BAG bewegen konnten und dem uneingeschränkten Zugang zu allen relevanten Aktenschränken, war diese Arbeit jeweils sehr fruchtbar. Nach dem Anlegen dieser Grunddokumentation war es unser Bestreben sicherzustellen, dass uns sämtliche relevanten Dokumente automatisch von den MitarbeiterInnen des BAG zugesandt würden. Wir kriegten zwar einmal (!) im Verlauf der Zeit vom BAG zwei Pakete prall gefüllt mit Papieren, ansonsten waren wir immer einer gewissen Unsicherheit ausgesetzt, ob wir nun tatsächlich über die relevanten Papiere verfügten. Dieser Prozess des automatischen Dokumentierens war erfreulicher mit der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT), von der wir quartalsweise aufdatiert wurden.

Uneingeschränkter Zugang unsererseits zu den BAG-Dokumenten

Automatischer Up-date nur einmal aus dem BAG

Regelmässiger (quartalsweiser) Up-date durch die AT

Evaluationssicht und Empfehlung

Ein transparenter und regelmässiger Informationsaustausch ist eine gute Voraussetzung, um eine Vertrauensbasis zur Zusammenarbeit zu schaffen. Im Bereich der Interventionsprojekte entstanden keine neuen Strukturen für einen solchen Informationsaustausch. Ebenfalls entstand der Eindruck, dass eine kontinuierlichen Zusammenarbeit eher von Personen als von Strukturen abhängig ist. Die Zusammenarbeit müsste schon in den Projektanträgen bewusst eingeplant und begründet werden. Die Konferenzen der Forschungsprojekte liefern ein Modell, wie auch im Bereich der Interventionsprojekte die Zusammenarbeit verbessert werden könnte. Allerdings ist dabei (v.a. der zeitliche und entsprechend der finanzielle) Aufwand sorgfältig gegen den erhofften Ertrag abzuwägen.

Die Verlässlichkeit des BAG als Vertragspartner ist mittels vertrauensbildender Massnahmen zu verbessern. Ein solcher Punkt könnte sein, dass die Projekte auch für ihre Konzeptarbeit entschädigt werden und sie die (Nicht-) Finanzierung der eingereichten Projekte genügend lang im Voraus kennen.

Die Zusammenarbeit unter den Partnern dürfte ändern, wenn die diskutierte Mandatierung der AT definitiv beschlossen wird. Dieser Wechsel muss vom BAG offen kommuniziert und nach aussen vertreten werden. Wir heben diesen Punkt hervor, weil frühere Änderungen im MPT (z.B. die auffallend stärkere Gewichtung des „Social Marketing“ nach der Wahl des neuen Koordinators) nicht explizit kommuniziert worden ist.

7.2.2. Evaluationsfrage 2.3:

Hat das BAG bezüglich der Zusammenarbeit Konsequenzen aus den Empfehlungen des Zwischenberichts der Globalevaluation gezogen?

7.2.2.a) Empfehlungen bezüglich Zusammenarbeit aus dem Zwischenbericht von 1997 und ihre Konsequenzen

Zu dieser Evaluationsfrage zitieren wir in diesem Kapitel aus unseren Empfehlungen, wie wir sie 1997 im Zwischenbericht abgegeben haben (diese Zitate sind mit einem Seitenstrich hervorgehoben) und stellen anschliessend dar, wie diese Empfehlung umgesetzt wurde.

Zum Informationsfluss

„Im Bereich der Information sollten noch vermehrte Anstrengungen unternommen werden (...). Es sollte früher, umfassender, offener und auf verschiedenen Wegen (schriftlich, mündlich) kommuniziert werden. Eine offensivere Aussendarstellung stünde dem MPT gut an. Als Mittel könnten u.a. das Erscheinen eines Fensters im AT- Bulletin oder ein eigener Newsletter in Betracht gezogen werden.“ (Bähler et al., 1997, S. 64).

Wie schon aus den Erläuterungen unter 7.1.3 hervorgeht ist die Informationspolitik des BAG über das MPT jener Punkt, welcher schon früh heftig kritisiert wurde. Es erstaunt deshalb, dass das BAG in dieser Hinsicht kaum Vorkehrungen zur Verbesserung getroffen hat. Auf die Empfehlungen des Zwischenberichts wurden, trotz einigen sichtbaren Zeichen, nicht so eingegangen, dass Stimmen mit fundamentaler Kritik verstummt wären. Die Situation hätte allerdings schon mit relativ wenig Aufwand verbessert werden können, was sich wiederum positiv auf die Stimmung in der TP-Szene gegenüber dem BAG und dem MPT auswirken würde.

Kaum Änderung der ungenügenden Information des BAG feststellbar

Zur internen Organisation

„Es ist geplant, eine Kompetenzverteilung vom Sektionsleiter zur Koordinatorin und von dieser an die Programmleiterinnen vorzunehmen (...). Diese Kompetenzverschiebung ist aus Sicht der Evaluation zu begrüßen. Als günstig halten wir in dem Zusammenhang:

-Frühes Informieren innerhalb des Prozesses und Miteinbeziehen der Betroffenen, wenn Entscheide gefällt werden

-Um Kompetenzabgrenzung klar zu regeln, sind Arbeitsbeschreibungen und Pflichtenhefte nützliche Führungsinstrumente (...).
- Allfällige personelle Unterdotierungen kämen anlässlich von MitarbeiterInnenengesprächen zu Tage, was entsprechende Massnahmen (Pensenaufstockung, Arbeitsumverteilung, Personalneueinstellung o.ä.) auslösen kann.“ (Bähler et al., 1997, S. 64).

Kompetenzdelegation nach unten ist erfolgt

Informationsaustausch weiterhin problematisch

Es erfolgte eine Delegation der Kompetenzen nach unten und der Entscheidungsspielraum auf der Ebene der Programmleiterinnen weitete sich aus. Der Informationsaustausch verbesserte sich jedoch nicht entscheidend. Im Gegenteil: Der Informationsfluss kam nun in beide Richtungen vermehrt ins Stocken. Die Situation wird von den hierarchisch höheren Ebenen als günstiger beurteilt als sie von den hierarchisch untergebenen Ebenen eingeschätzt wird. Zusätzlich erschwerten die Wechsel der Personen im MPT-Team den Teambildungsprozess.

Aufgabenteilung zwischen BAG - AT - Tabakpräventionsstellen

„Die Diskussionen zur Positionierung der Partner (insbesondere die Stellung der AT) sollten rasch aufgenommen werden, damit allfällige Aufgabenverteilungen bei einem zukünftigen MPT II schon von vornherein klar definiert wären. Möglicherweise wäre es hilfreich (da es sich um heikle Themen handelt) eine aussenstehende Person zur professionellen Moderation für die Einleitung eines solchen Prozesses beizuziehen.“ (Bähler et al., 1997, S. 63).

Positivere Einstellung des BAG gegenüber einer Leaderrolle der AT

Wie unter 7.2.1 schon erwähnt, hat sich die Haltung des BAG gegenüber der Stellung der AT in den letzten Jahren verändert. In der Vergangenheit war die AT zwar eine bedeutende Fachstelle, die gewichtige Mandate vom BAG erhielt, trotzdem zweifelte das BAG anfänglich daran, ob die AT in der Tabakprävention eine Leadershiprolle übernehmen kann und soll. In jüngster Zeit bekannte sich das BAG aber zur AT als sein Hauptansprechpartner. Die zukünftigen Pläne weisen dann auch in Richtung einer vermehrten Delegation von Verantwortung mittels Leistungsauftrag an die AT.

7.2.3. Evaluationsfrage 2.4:

Fördert das MPT insgesamt die Zusammenarbeit und das Identitätsgefühl?

7.2.3.a) Identitätsgefühl innerhalb des MPT

Das MPT konnte das ursprüngliche Ziel, eine identitätsstiftende Wirkung zu erzielen, nicht erfüllen. Die VertreterInnen wichtiger TP-Organisationen sowie die ProjektleiterInnen von MPT-Projekten nahmen, wenn überhaupt, nur einen sehr geringen Einfluss des MPT auf das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Tabakprävention wahr. Einzig die Projektleiter der Forschungsprojekten erlebten durch die vom BAG vorgegebene Struktur von regelmässigen Sitzungen eine identitätsstiftende Wirkung.

Keine identitätsstiftende Wirkung des MPT bei den Interventionsprojekten

Identitätsstiftende Wirkung bei den Forschungsprojekten

Ein Ausdruck dieser mangelnden Identität ist die zurückhaltende Verwendung des lancierten Raben-Logos. Dieses neu eingeführte Logo konkurrierte einerseits die auf dem Markt schon gut eingeführten Logos der jeweiligen Organisationen. Andererseits ist das BAG bei den meisten Projekten nicht alleiniger Geldgeber, weshalb es sich noch weniger aufdrängte, den Raben zu verwenden. Zudem ist er bei den Fachstellen der Tabakprävention nur teilweise bekannt. Der letzte Versuch, das Raben-Logo zu etablieren, startete das BAG im Dezember 1996, anlässlich der „Konferenz 1 Jahr MPT“. Nach der verhaltenen Aufnahme dieser Präsentation wurde das Ziel der Identitätsstiftung durch das MPT vom BAG offenbar stillschweigend aufgegeben. Auf die eigene Verwendung des Logos hatte dieser Politikwechsel keinen Einfluss: der Rabe erschien vorher wie nachher wie zufällig auf einigen Papieren des BAG, auf anderen ebenso zufällig aber nicht.

Raben-Logo von MPT-Projekten kaum verwendet

Kaum Verwendung des Raben-Logos durch das BAG selbst

Wie die Fallstudie zum Tag des Nichtrauchens zeigt, hat hingegen dieser Anlass eine wichtige identitätsstiftende Wirkung für die Tabakprävention in der Schweiz. Um so bedauerlicher wurde die Tatsache empfunden, dass die WHO z.T. die Jahresthemen erst so spät bekannt gibt, dass es u.U. für die regionalen Institutionen der Tabakprävention nicht mehr möglich war, diese in ihrer Planung aufzunehmen.

Tag des Nichtrauchens hat identitätsstiftende Wirkung

MPT kaum bekannt, einzelne Projekte hingegen schon

7.2.3.b) Nicht das MPT sondern Projekte stehen im Vordergrund

Das MPT als Gesamtstrategie blieb selbst den Fachleuten der Tabakprävention verschlossen, wahrgenommen wurden jedoch einzelne Projekte im MPT. Für die ProjektleiterInnen wie auch für die Fachstellen der Tabakprävention stand nicht die Identifizierung mit dem MPT sondern mit der eigenen Organisation im Vordergrund. Das MPT wird daher hauptsächlich als Organisationsstruktur zur Finanzierung von Projekten betrachtet.

Evaluationssicht und Empfehlung

Das MPT ist ein relativ neues und künstliches Gebilde v.a. für die schon länger in der Tabakprävention arbeitenden Institutionen. Für dieses eine gemeinsame Identität aufzubauen, gelang nicht und hinterlässt die Frage, wie sinnvoll dies überhaupt ist. Eine gemeinsame Identität grenzt andere, nicht Beteiligte immer auch aus und wirkt nicht integrierend für das gemeinsame Ziel der Tabakprävention. Gerade in der nicht einbezogenen Outgruppe formulieren sich kritische Stimmen von Fachleuten, die in den Gesamtprozess der Tabakprävention miteinbezogen werden sollten.

Der Tag des Nichtrauchens zeigt, dass eine gemeinsame, themenspezifische Aktion identitätsstiftend wirken kann, alleine, durch den gemeinsamen öffentlichen Auftritt an einem festgelegten Datum unter dem gleichen Titel.

Daraus resultiert ein kleinster gemeinsamer Nenner, bei dem aber jede einzelne Organisation in ihrer Struktur und eigenen Identität unangetastet bleibt. Dem BAG ist zu empfehlen, bei der WHO auf eine frühere Themenfestlegung zu dringen, damit die entsprechenden Vorbereitungen bis auf die regionale Ebene möglich ist. Dies könnte auch die Zusammenarbeit zwischen dem MPT (Bund) und den Fachstellen stärken, in dem gemeinsam eine langfristig planbare Aktion koordiniert werden könnte.

Das grundsätzliche Problem der stillschweigend, nicht offen kommunizierten Änderungen von MPT-Zielen durch das BAG ist auch hier (Stichworte Identitätsstiftung und Raben-Logo) angesprochen.

7.2.4. Evaluationsfrage 2.5:

Wird die verstärkte und verbesserte Zusammenarbeit das MPT bzw. die MPT-Projekte überdauern?

7.2.4.a) Bestehende Bereitschaft der Zusammenarbeit

Wie die Befragung der Fachstellen der Tabakprävention ergab, besteht Interesse an einer Fortsetzung des MPT. Vor allem Universitäts- und Forschungsinstitute, Fachstellen, die ein MPT-Projekt lancierten, gesamtschweizerisch tätige Stellen und reine Tabakpräventionsstellen zeigten Interesse. Die genannten Organisationen können als „harter Kern“ der jetzigen TP-Organisationen bezeichnet werden. Nicht einbezogen sind aber damit diejenigen TP-Stellen, die kein MPT-Projekt lancierten. Dies sind Fachleute, die nicht von dem Förderungsprogramm des MPT profitierten und gerade von diesen Stellen erheben sich kritische Stimmen.

Der „harte Kern“ der TP-Organisationen ist für Weiterführung des MPT

Evaluationssicht und Empfehlung

Eine Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit zeigt sich auf der Projektebene, in dem einige Projekte auch in Zukunft weiter durchgeführt werden. Das verstärkte Engagement der Schweizrischen Krebsliga in der Tabakprävention oder die Kontinuität, mit der der Tag des Nichtrauchens durchgeführt wird, sind Beispiele einer erwünschten Nachhaltigkeit.

Das Interesse zur weiteren Zusammenarbeit besteht, auch bei Fachleuten, die bis jetzt nicht am MPT beteiligt waren. Wenn dies auch in Zukunft nicht in einer direkten Art möglich ist, müssen diese Fachleute auf eine andere Art miteingebunden werden. Die Bereitschaft, sich mit deren Ideen und Kritik auseinanderzusetzen erhöht die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit.

Gefährdet ist die Nachhaltigkeit hingegen, wenn alte Verknüpfungspunkte der Zusammenarbeit nicht mehr berücksichtigt werden könnten. Eine zu starke Konzentration und Akzentuierung des Programms kann zum unerwünschten Nebeneffekt führen, dass aufgebaute Beziehungsnetze nicht mehr weitergeführt werden. Der Kontakt mit Experten wird dadurch minimiert und kann zu einem Verlust von Fachkompetenzen führen, sowie zu einer möglichen Problemverschärfung mit den eher schon etwas kritischen Tabakpräventionsstellen.

Das BAG kann es bei seinen Entscheidungen selbstverständlich nicht allen recht machen, umso wichtiger ist es, dass es dabei die beschriebenen Mechanismen antizipiert.

7.3. Wurde dank dem MPT das Präventionsangebot verbessert?

7.3.1. Evaluationsfrage 3.1:

Erfolgte dank dem MPT eine quantitative Ausweitung des für die Tabakprävention relevanten Angebots?

7.3.1.a) Ausweitung des Angebots

Der Begriff des Angebots wird in der Folge weit interpretiert, so dass neben präventiven Interventionen auch Dienstleistungen jeder Art (z.B. auch Forschungsprojekte) darunter fallen.

Präventionsangebot
ausgeweitet

Nach Einschätzung der ProjektleiterInnen und der MPT-Verantwortlichen im BAG erfolgte in den letzten Jahren eine Ausweitung des Präventionsangebots. Sichtbar wurde diese Ausweitung insbesondere bei folgenden Punkten:

Zunahme um fast fünf
Personalstellen

- Stellenwachstum: Institutionen, welche im Rahmen des MPT Projekte durchführten, wuchsen seit 1996 insgesamt um fast fünf Personalstellen an (Tabelle 5). Es handelt sich hierbei um gesamtschweizerisch tätige Organisationen.

Durchführung der For-
schungsprojekte

- Forschungsprojekte: Die Forschungsprojekte hätten nach Einschätzung der Projektverantwortlichen ohne das MPT nicht durchgeführt werden können.

Berichterstattung in den
Printmedien hat zuge-
nommen

- Medienarbeit: Dank dem MPT kam es, wie aus der Fallstudie hervorgeht, beim Tag des Nichtrauchens zu einer Professionalisierung der Medienarbeit (Produktion von Werbematerial). Allgemein zeigt die Zunahme der Berichterstattung über TP in den letzten Jahren, dass es präventiven Massnahmen vermehrt gelungen ist, sich für die Medien attraktiv und professionell zu präsentieren. Die regionale Unterversorgung der Innerschweiz (s. Kap. 7.1.3) widerspiegelt sich auch in den

Medien, in welchen kaum über Innerschweizer TP-Aktivitäten berichtet wird.

Das festgestellte Wachstum des TP-Angebots ist nicht nur auf das MPT zurückzuführen. Wie aus dem Inventar der Fachstellen der Tabakprävention hervorgeht, wuchsen auch Stellen ohne MPT-Projekte, und zwar proportional so viel, wie die mit MPT-Projekten (Tabelle 5). Das MPT leistete folglich seinen Teil zum allgemeinen Wachstum der TP.

Zunahme des TP-Angebots nicht nur wegen dem MPT

Tab. 5: Stellenprozentage in der Tabakprävention, aufgegliedert nach durch die Stelle durchgeführtes MPT-Projekt
(Summe der Stellenprozentage, in Klammern Anzahl der Stellen)

Projekt(e) im MPT durchgeführt	Stellenprozentage in der Tabakprävention			
	Jetziger Stand	Zunahme	Abnahme	Gewinn
nein	1145 (37)	255 (9)	15 (1)	+240 (21,0%)*
ja	2135 (12)	520 (5)	40 (1)	+480 (22,5%)*
Total	3280 (49)	775 (14)	55 (2)	+720 (22,0%)*

* Prozentualer Gewinn bezogen auf den jetzigen Stand

Die Ausweitung des Angebots wurde sowohl von VertreterInnen wichtiger Organisationen, wie auch von den Verantwortlichen des MPT im BAG relativiert. Kritisch beurteilt wurde hingegen die daraus folgende Verzettelung und mangelnde Konzentrierung des Angebots. Hervorgehoben wurde insbesondere, dass sich eher die *Qualität* der Einzelprojekte verbessert hat.

Ausweitung des Angebots hat auch Verzettelung zur Folge

Evaluationssicht und Empfehlung

Die Ausweitung des Angebots ist v.a. die Folge eines allgemeinen Wachstums der TP. Das MPT könnte innerhalb dieser positiven Entwicklung noch verstärkt als Instrument der Verknüpfung der regionalen und nationalen TP-Tätigkeit genutzt werden.

Bei den Interventionsprojekten dominieren insbesondere die beiden Grossprojekte „Tag des Nichtrauchens“ und „Die neue Lust Nichtrauchen“. Dank dem MPT hat insbesondere der Tag des Nichtrauchens an Professionalität gewonnen, jedoch wären beide auch ohne MPT weitergeführt worden.

Die Forschungsprojekte sind weitgehend von der (fast) vollständigen Finanzierung durch das BAG abhängig. Damit Fachkompetenzen erhalten werden können, sollte diese Förderung auch in Zukunft gewährleistet sein. Dabei sollte abgeklärt werden, ob für die Finanzierung angewandter Forschung nicht auch weitere Quellen in Frage kämen (z.B. die Krebsliga).

7.3.2. Evaluationsfrage 3.2:

Engagierten sich dank der Unterstützung durch das MPT noch andere Geldgeber für das Tabakpräventionsangebot (z.B. vermehrtes Sponsoring)?

7.3.2.a) Finanzierungspolitik

Nur Teilfinanzierung durch das BAG vorgesehen

Das BAG finanzierte die im Rahmen des MPT durchgeführten Interventionsprojekte nur zu einem Teil („Der Beitrag des Bundes darf im Prinzip 60% des Gesamtbudgets nicht übersteigen“ [BAG, 1996, S. 36]). Es war also vorgesehen, dass die Projekte von anderen (lokalen, kantonalen, regionalen oder nationalen) Quellen mitfinanziert werden (Kofinanzierung), mit der Möglichkeit, dass besonders innovative Projekte im Sinne einer Starthilfe auch ganz finanziert werden können. Die ProjektleiterInnen äusserten dann auch Befürchtungen, dass durch einen finanziellen Rückzug des BAG andere Geldgeber vor den Kopf gestossen wären und möglicherweise ihrerseits ihren Kredit zurückziehen könnten. Allerdings verfügen wir über Belege, dass sich aufgrund des BAG-Finanzierungsmodus' andere Geldgeber zusätzlich engagierten (s. Kap. 7.3.3.a).

Forschungsprojekte praktisch ausschliesslich vom BAG finanziert

Die Forschungsprojekte hingegen sind entweder vollständig bzw. zu einem grossen Teil vom BAG finanziert und hätten ohne das MPT nicht durchgeführt werden können.

Evaluationssicht und Empfehlung

Die nur teilweise Finanzierung der Projekte durch das BAG ist ambivalent. Eine Doppelfinanzierung ist nur dann sinnvoll, wenn die Unterstützung des Projekts durch das BAG von weiteren potentiellen Geldgebern als Qualitätsnachweis interpretiert werden kann. Ansonsten kann diese Art der Finanzierung gerade für Fachstellen mit wenig Eigenmittel einen Mehraufwand (Partnersuche, Abdecken verschiedener Bedürfnisse) nach sich ziehen.

7.3.3. Evaluationsfrage 3.3:

Wurden dank dem MPT Projekte weitergeführt, die bisher aus anderen Quellen (teil)finanziert wurden (Rettung gefährdeter Projekte, Kostenverlagerung)?

7.3.3.a) Verlagerungseffekt

Bei den grossen nationalen Projekten (Tag des Nichtrauchens, Neue Lust Nichtrauchen) erfolgte die Finanzierung ab Beginn des MPT aus dessen Budget, was logisch und folgerichtig erscheint. Dass mit dieser Vergabepolitik nicht notwendigerweise neue und innovative Projekte gefördert wurden, wurde damit in Kauf genommen.

Auch schon bekannte, grosse Projekte durch das MPT finanziert

Wie hingegen aus der Stellenerhebung bei den Fachorganisationen der Tabakprävention hervorgeht, konnte kein Verlagerungseffekt festgestellt werden, d.h. eine denkbare Kompensation, dass durch das MPT Stellen aufgebaut wurden, die ausserhalb des MPT wieder abgebaut wurden, fand demnach nicht statt.

Keine Stellenkompensation feststellbar

Evaluationssicht

Statt des befürchteten Substitutionseffekts ist genau das Gegenteil eingetreten: Die Unterstützung durch das BAG löste die Finanzierung durch andere Geldgeber aus.

7.3.4. Evaluationsfrage 3.4:

Wurde dank dem MPT Projekte durchgeführt, die praktisch nutzbare Grundlagen erarbeiteten?

7.3.4.a) Geschätzte Nützlichkeit der Projekte

Im allgemeinen werden die Projekte als nützlich und wichtig bezeichnet

Sowohl in der Selbsteinschätzung der ProjektleiterInnen als auch in der Beurteilung der Verantwortlichen des MPT wurden die Projekte des MPT zumindest teilweise als nützlich und wichtig bezeichnet. Belegt wird dies aber nur teilweise mit Daten. Vor allem die Forschungsprojekte erbrachten nach diesen Selbsteinschätzungen Grundlagen zur Verbesserung der Tabakprävention und werden insbesondere für die politische Diskussion und Sensibilisierung bezüglich des Tabakproblems als nützlich erachtet. Die Medienanalyse bestätigte, dass einige Forschungsprojekte (v.a. die Studie der sozialen Kosten des Tabakkonsums und die Studie über Angebot und Nachfrage der Raucherentwöhnung) eine relativ gute Medienpräsenz erreichten. Trotz des relativ günstigen Medienechos wurde die Nützlichkeit der Sozialkosten-Studie von den Verantwortlichen des MPT eher als gering erachtet, da diese Studie nur schwer kommuniziert werden konnte. Ein weiteres Forschungsprojekt, die Machbarkeitsstudie, ermöglicht nach Aussagen des Forschungsprojektleiter in Zukunft eine Vereinheitlichung der Daten für Forschungszwecke.

V.a. Ergebnisse der Forschungsprojekte werden positiv bewertet

Zeitlich Rezeption von Forschungsergebnissen in Projektanträgen noch nicht möglich

Die Erkenntnisse der Forschungsprojekte werden (noch) kaum in den Projektanträgen widerspiegelt. Die MPT-Forschungsergebnisse konnte bis jetzt (zeitlich bedingt) nicht in die Projektanträge unserer InterviewpartnerInnen miteinbezogen werden. Daher beruht die Nützlichkeit der Forschungsprojekte vorläufig auf ihrem Einfluss auf die politische Diskussion und der Sensibilisierung auf das Thema.

Evaluationssicht und Empfehlung

Der Nutzen der MPT-Forschungsprojekte besteht nach Aussagen von InterviewpartnerInnen sowohl innerhalb als auch ausserhalb des MPT hauptsächlich in der Sensibilisierungswirkung. Trotzdem sind vereinzelt schon Umsetzungen sichtbar (in Form von Seminaren oder Präsentationen), aber bedingt durch den zeitlichen Rahmen (einige Forschungsprojekte waren bei der Lancierung der Interventionsprojekte noch nicht abgeschlossen),

sind in Projektanträgen noch keine Ansätze einer Nutzung der Forschungsergebnisse auszumachen.

Die vorhandenen Forschungsergebnisse sollen den Tabakpräventionsstellen präsentiert werden (wie dies im Falle der Präsentation der Studie über die Beziehung zwischen dem Tabakkonsum und der Tabakbesteuerung [IEMS, 1999] schon geschehen ist).

Die Tabakpräventionsstellen könnten um ihre Stellungnahme zur Brauchbarkeit der Daten gebeten, sowie zu zukünftigen gewünschten Forschungsbemühungen beragt werden.

7.3.5. Evaluationsfrage 3.5:

Wurden dank dem MPT Interventionsprojekte entwickelt und promoviert, welche effektiv, effizient oder innovativ waren?

7.3.5.a) Einschätzung der Effektivität der Interventionsprojekte

Schlüsselpersonen der schweizerischen Tabakprävention und die VertreterInnen wichtiger Tabakpräventions-Organisationen beurteilen die Auswirkungen der MPT-Projekte als eher bescheiden, aber dennoch als positiv. Die Auswirkungen der Präventionsbemühungen werden im Tabakbereich von zusätzlichen Mechanismen mitgeprägt, wie z.B. von der Tabakindustrie als vehementem Gegenspieler oder von der Abhängigkeit der Staatsfinanzen (AHV/IV) vom Tabakkonsum.

Bescheidene, aber positive Auswirkungen des MPT

Kurz- oder mittelfristige Effekte der Interventionsprojekte sind nur schwer zu beobachten, jedenfalls was die Reduktion der Raucherquote betrifft. In einem ersten Schritt wird vor allem angestrebt, bewusstseinsfördernde Effekte (Sensibilisierung der Bevölkerung) zu erlangen.

Kurz- und mittelfristiger Effekt: Sensibilisierung der Bevölkerung

7.3.5.b) Einschätzung der Effizienz der Interventionsprojekte

Die ProjektleiterInnen schätzen ihre eigenen Projekte als effizient ein. Diese Einschätzungen beruhen mehrheitlich auf Input- / Output-Vergleichen, der Grösse des Aktionsradius' des Projekts oder auf Presse-Echos der Intervention. Nur vereinzelt kann die Effizienz mit empirischen Daten durch

Positive Selbsteinschätzung der Effizienz

Evaluationsergebnisse belegt werden. In den Einschätzungen aus der Sicht der Beteiligten steht der für die Projekte geleistete Aufwand im Vordergrund, eine Ausseneinschätzung hingegen fehlt mehrheitlich. Die Analyse der Projektanträge weist im Bereich der Evaluation in eine ähnliche Richtung: die Evaluationen, eine Möglichkeit eine Ausseneinschätzung zu erhalten, werden in den Projektanträgen kaum befriedigend geplant (Tabelle 6) und entsprechend auch nicht vorgenommen.

Tab. 6: Analyse der Projektanträge der Interventionsprojekte bezüglich Evaluationsplanung: Mittelwerte der drei Schwerpunktbereiche sowie Gesamtmittelwert der Beurteilung der Projektdokumente.

(Skala: Die Angaben sind: A = sehr präzise und vollständig; B = eher präzise und eher vollständig; C = unpräzise und unvollständig; D = keine Angaben). (n =16).

Fragen zum Grundkriterium „Evaluation“	Primärprävention N=7	Entwöhnung N=5	Passivrauchen N=4	Mittelwert aller Projekte N=16
Angaben zur Evaluation	BC	AB	BC	B
Welche Form der Evaluation	C	BC	CD	BC
Begründung der Evaluationsform	CD	BC	CD	C
Zielsetzungen der Evaluation	C	BC	D	C
Erfolgskriterien der Evaluation definiert	CD	CD	D	C
Evaluationsergebnisse können in Konzeption des Projekts einfließen	C	B	CD	C
Mittelwert der gewichteten Bewertungen	BC	B	C	BC

Evaluationssicht und Empfehlungen

Die Messbarkeit von Effektivität und Effizienz von Projekten setzt voraus, dass präzise Ziele oder Zwischenziele formuliert worden sind. Neben langfristigen Zielen ist es wichtig, kurzfristige, realistische und präzise Zwischenziele zu deklarieren. Damit solche Zwischenziele beurteilt werden können, ist das bessere Einplanen der Evaluationen Voraussetzung.

Die Vermengung von Begrifflichkeiten sowie deren unscharfen Abgrenzung in den Konzeptpapieren des BAG (s. Kap. 2.2) erschwert die Messbarkeit von Effizienz und Effektivität zusätzlich.

Die Effektivität des MPT und seiner Projekte wird in verschiedenen Quellen eher kritisch eingeschätzt, wenn als Ziel die Senkung der Raucherprävalenz erwartet wird. Effektivität in bezug auf dieses Globalziel wird, wenn überhaupt, nur langfristig erwartet.

Als Mittel zur Messung von Effektivität und/oder Effizienz eines Projekts kann eine Evaluation durchgeführt werden. Bei unserer Beurteilung der Projektanträge von 16 Interventionsprojekten bezüglich ihrem geplanten Umgang mit einer allfälligen Evaluation können nur mittelmässige Noten gegeben werden. Die Erfahrung, dass Evaluation in der TP (noch) kein selbstverständliches Thema ist, machten wir auch mit unserem Angebot, die Selbstevaluation der Projekte zu unterstützen (Bolliger-Salzmann & Cloetta, 1999b). Das BAG sollte in Zukunft vermehrt auf die Einhaltung der selber aufgestellten Standards bezüglich Evaluation achten.

7.3.5.c) Innovationsgrad

Schlüsselpersonen der schweizerischen Tabakprävention beurteilen das Ausmass der Innovationen bei den Interventionsprojekten eher kritisch. Mehr Mut zu neuen Ideen und Ansätzen werden als wünschenswert erachtet. Mögliche innovative Elemente werden in lustbetonterem Ansätzen mit Einbezug der emotionalen Dimension sowie der Einbindung von akzeptierten Freizeit- und Kulturbereichen gesehen. In der Analyse der Projektanträge zeigte sich, dass innovative Aspekte bei der Projektplanung keine Hauptrolle spielen (Tabelle 7), aber immer noch besser zu beurteilen

Kaum Innovationen
bemerkbar

Wenn Innovationen, dann bei grösseren Projekten

sind als die Angaben zu den Evaluationsabsichten oder zur Bezugnahme auf eine wissenschaftliche Basis. Nur bei Projekten mit einem grösseren Budget traten innovative Elemente überhaupt auf.

Tab. 7: Analyse der Projektanträge bezüglich Innovationsgrad der Interventionsprojekte: Mittelwerte der drei Schwerpunktbereiche sowie Gesamtmittelwert der Beurteilung der Projektdokumenten.

(Skala: Die Angaben sind: A = sehr präzise und vollständig; B = eher präzise und eher vollständig; C = unpräzise und unvollständig; D = keine Angaben). (n =16).

Fragen zum Grundkriterium „Innovationsgrad“	Primärprävention N=7	Entwöhnung N=5	Passivrauchen N=4	Mittelwert aller Projekte N=16
Projekt innovativ bezüglich Ziele	BC	CD	CD	C
.... Zielgruppenerreichung	B	BC	C	BC
.... Methode	C	B	C	BC
.... anderes	BC	A	CD	BC
Mittelwert der gewichteten Bewertungen	B	B	BC	BC

Durch die Definition neuer Zielgruppen können innovative Elemente in die Projekte eingebaut werden. Obwohl Jugendliche oft als Zielgruppe benannt werden, wird diese heute eher heterogene Gruppe in den Projektanträgen kaum spezifiziert, weder geschlechts- noch jugendkulturspezifisch. So werden z.B. kaum Mädchenspezifische Projekte lanciert. Eine weitere eher vernachlässigte Zielgruppe, die von den Schlüsselpersonen explizit genannt wurde, sind die Angehörigen der Armee in den Rekrutenschulen, denn viele Rekruten beginnen die Zigarettenpause im wörtlichen Sinn zu nutzen. Personen im Gesundheitswesen stellen eine weitere interessante Zielgruppe dar, die im Rahmen des Projekts „Rauchfreie Spitäler“ erfasst wurden.

Evaluationssicht und Empfehlungen

Innovative Elemente in den Interventionsprojekten treten vorwiegend auf dem Gebiet der Zielgruppenerreichung auf. Es besteht ein Handlungsbedarf, weitere innovative Aspekte in die Projekte miteinzubeziehen, beispielsweise bezüglich neuer, bzw. anderer (z.B. didaktischer) Methoden. Ein solches Projekt war z.B. das Expertensystem, das sich das Internet zum Medium machte, und das mit sehr guten ersten Resultaten aufwarten kann. Allerdings muss festgehalten werden, dass eine innovative Idee al-

leine noch kein erfolgreiches Projekt ausmacht - auch bewährte Projekte können, gerade durch die Redundanz ihres Auftretens, eine grosse Nachhaltigkeit erreichen.

Das erfolgreiche, dem Setting-Ansatz entsprechende Projekt „Rauchfreie Spitäler“ ist ein positives Signal, damit ist aber das Präventionspotential innerhalb des Gesundheitswesens noch nicht ausgeschöpft. Der Vorschlag aus den Reihen der Schlüsselpersonen, im Setting Armee vermehrt zu versuchen, die Rekruten als Zielgruppe zu erreichen, tönt plausibel, auch wenn dazu keine neueren Zahlen vorliegen (die Pädagogische Rekrutenprüfung zum Thema „Gesundheit“ datiert aus dem Jahr 1993 [Wydler, Walter, Hättich, Hornung & Gutzwiller, 1996]. In dieser Untersuchung wurde allerdings nur der Konsum *vor* Eintritt in die Armee thematisiert und nicht der eventuelle Beginn einer Raucherkarriere *während* der Rekrutenschule).

7.3.6. Evaluationsfrage 3.6:

Wurden im Verlauf des MPT von 1995 - 1999 die Qualität der Projektanträge verbessert?

Es gibt nur wenig Hinweise für eine Verbesserung der Projektanträge im Verlaufe des MPT. Deren Analyse zeigte, dass Mängel in der Präzisierung der Zielsetzung, in der Begründung der Methode, des Einbettens in einen wissenschaftlichen Zusammenhang und in der Evaluation bestehen. So nehmen wie oben schon erwähnt die Projektanträge im allgemeinen wenig Bezug auf Forschungsergebnisse und pflegen nur eine geringe wissenschaftliche Abstützung in den Projektdokumentationen. Einzelne Ergebnisse in der Analyse der Projektanträge deuten an, dass die Projektanträge in der ersten Phase des MPT (1995 - 1996) eher noch vollständiger und präziser waren als jene der zweiten Phase (1997 - 1999). Dieses Ergebnis korrespondiert jedoch damit, dass grosse Projekte auch vollständiger und präziser dokumentiert sind, und diese vorwiegend in der ersten Phase des MPT entstanden sind. Daher kann keine eindeutige Aussage bezüglich des Verlaufs gemacht werden.

Kaum Veränderungen der Projektanträge

Evaluationssicht und Empfehlung

Es gibt keine Hinweise auf eine Verbesserung der Projektanträge während des MPT. Verbesserungsbedarf besteht v.a. bezüglich der Präzision und Begründung verschiedener Aspekte (Mangel in der Zielpräzisierung, Begründung der Methoden, kaum wissenschaftliche Abstützung, Evaluation). Gerade diese Aspekte könnten zu einer längerfristigen Weiterentwicklung der Projekte führen und sollten mehr gefördert werden. Dies bedingt aber in der Entwicklungsphase eines Projektes mehr Zeit und Ressourcen für die Planung und Konzeptualisierung. Diese Vorarbeiten werden aber kaum bezahlt und sind daher für die ProjektbetreiberInnen eine unsichere Investition.

Wenn davon ausgegangen wird, dass die Qualität der Projektanträge in einem Zusammenhang mit der Projektdurchführung steht (s. z.B. de Broucke, De Potter, Lenders & Vinck, 1994; Veen, Vereijken, van Driel & Beliën, 1994), drängen sich deren Verbesserungen auf. Präzise Projektanträge bilden eine gute Voraussetzung zum Gelingen eines Projektes, daher kann es sinnvoll sein, wenn das BAG Hilfe beim Balanceakt der Projektbetreiber zwischen Informations- und Dokumentationsaufwand und der eigentlichen Projektarbeit bietet, d.h. Unterstützung im Projektmanagement anbietet und die Projektverantwortlichen Zugang zu Hilfestellungen im Planen und Durchführen von Evaluationen haben. Eine solche Unterstützung wären z.B. präzisere Kriterien für die Projektanträge und klarere Evaluationsvorgaben, die vom BAG als Anforderung gestellt werden, denn die Mängel in den Projektanträgen korrespondiert mit der Ungenauigkeit der BAG-Kriterien.

7.4. Wurden dank dem MPT die relevanten Zielgruppen besser erreicht?

7.4.1. Evaluationsfrage 4.1:

Sind Bedarf und Bedürfnisse der Zielgruppen erkannt?

7.4.1.a) Zielgruppen und deren Bedürfnisse bzw. Bedarf in den Projektanträgen als Voraussetzung

Eine Voraussetzung zur Erkennung von Bedarf und Bedürfnissen ist eine präzise Zielgruppenbeschreibung. Die Analyse der Projektanträge zeigt, dass die Zielgruppenbeschreibungen v.a. bezüglich Alter und Geschlecht verbesserungsfähig sind, und dass mehrheitlich präzise mit den Begriffen „Bedarf“ und „Bedürfnisse“ der avisierten Zielgruppe in den Projektunterlagen argumentiert wurde. Diese Argumentationen basierten allerdings kaum auf einer empirischen Untermauerung.

Mangelhafte Zielgruppenbeschreibungen

7.4.1.b) Einschätzungen durch Projektleiter und Schlüsselpersonen

Die ProjektleiterInnen schätzen den objektiven Bedarf und die subjektiven Bedürfnisse der Zielgruppen ihrer Projekte positiv ein. Sie stützen ihre Vermutung weniger auf empirisch erhärtete Daten sondern auf den mehr oder weniger messbaren Erfolg ihres Projektes. So zeigte sich, dass nur bei wenigen Projekten eine vorausgehende Bedarfsanalyse gemacht wurde.

Bedarf und Bedürfnis nicht auf empirische Daten abgestützt

Schlüsselpersonen schätzen den Bedarf bei spezifischen Zielgruppen (wie z.B. Jugendlichen und Frauen) erheblich ein und weisen gleichzeitig auf relevante Zielgruppen in weiteren Settings, wie z.B. in der Armee, hin.

Z.T. Nennung weiterer Zielgruppen

Evaluationssicht und Empfehlung

Die Einschätzung der ProjektleiterInnen, dass der Bedarf der Zielgruppe erkannt ist, stützen diese nur geringfügig auf empirische Daten ab. Oft wird dies nur aufgrund des Erfolges des Projektes vermutet. Ähnlich wird in den Projektanträgen mit Bedarf und Bedürfnissen argumentiert, diese aber kaum empirisch belegt.

7.4.2. Evaluationsfragen 4.2, 4.3 und 4.4:

Sind die Angebote (Projekte) den Zielgruppen bekannt? Werden die Angebote von den Zielgruppen akzeptiert und genutzt?

7.4.2.a) Informationsstand der Zielgruppen und deren Akzeptanz und Nutzung des Angebots

Informationsstand der Zielgruppen mittelmässig

Der **Informationsstand** der Zielgruppen wurde von den ProjektleiterInnen sowie von Schlüsselpersonen der schweizerischen TP als eher mittelmässig eingeschätzt. Die Einschätzung fiel jedoch unterschiedlich aus, je nach Grösse und Etabliertheit der Projekte bzw. des Zeitpunkts derer Lancierung. Wie aus der Deutschschweizer Bevölkerungsbefragung hervorging, geniessen langfristige Kampagnen einen hohen Bekanntheitsgrad (Abb. 8) (Cloetta, Abel & Zeyen Bernasconi, 1999) und können die definierten Zielgruppen sensibilisieren (Hofmann & Müller, 1999). Zudem sind Events im Bereich der Trend-Sportarten nach Erkenntnissen der ProjektleiterInnen bei den Jugendlichen sehr bekannt und beliebt. Diese Einschätzung wird von den externen Evaluationen, die die AT seit Jahren z.B. bezüglich der „Neuen Lust - Nichtraucher“ durchführen lässt, auf eindrückliche Art bestätigt (s. z.B. El Fehri, Krebs & Rielle, 1997).

Akzeptanz gross: 1/3 der Bevölkerung wird durch Kampagnen zum Nachdenken gebracht

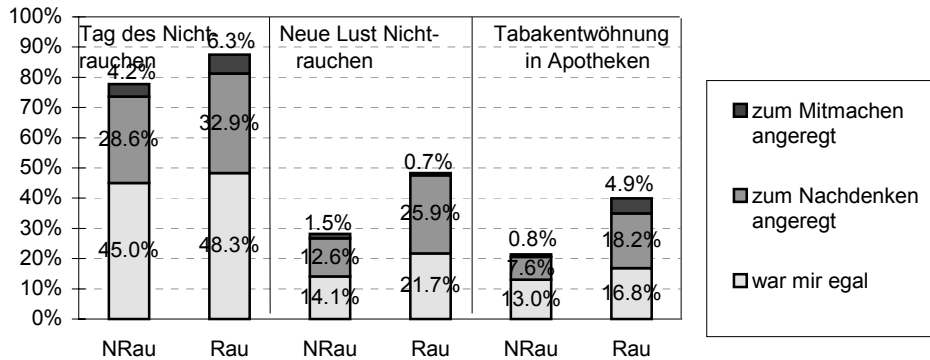
Die **Akzeptanz** für tabakpräventive Angebote wurde wiederum von den ProjektleiterInnen sowie von Schlüsselpersonen der schweizerischen TP als gross beurteilt. Die Deutschschweizer Bevölkerungsbefragung ergab, dass rund ein Drittel bis die Hälfte der Personen, welche die ausgewählten Kampagnen kannten, durch diese zum Nachdenken angeregt wurde (Abbildung 8).

Nachfrage grösser als erwartet

Die **Nutzung** des Angebots, in diesem Zusammenhang verstanden als Nachfrage, ist nach Ansicht der ProjektleiterInnen grösser als erwartet. Die Auswirkungen der Projekte auf die Zielgruppen sind jedoch nur schwierig einzuschätzen. Viele Projekte erregen die Aufmerksamkeit kurzfristig, eine direkte Verhaltensänderung ist aber kaum messbar. Laut der Deutschschweizer Bevölkerungsbefragung wurden von jenen Personen, welche die ausgewählten Kampagnen kannten, nur gerade höchstens etwas mehr als 5 % zum Mitmachen angeregt (s. Abbildung 8). Dies, obschon der Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz bei einem Projekt wie z.B. der Tag des

Nichtrauchens, ausserordentlich hoch ist, was wiederum ein Indiz dafür ist, dass auch mit relativ geringem Budget eine respektable Breitenwirkung erzielt werden kann.

Abb. 8: Wiedererkennen von Kampagnen zur Tabakprävention und Reaktionen darauf
(Deutschschweizer Bevölkerungsbefragung MAREPS, n=262 Nichtraucher, n=143 Raucher, in % der Antworten)



Evaluationssicht und Empfehlung

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen deuten darauf hin, dass langfristige Kampagnen hohe Bekanntheitsgrade erreichen, weshalb sie zur Sensibilisierung der Bevölkerung einen wichtigen Beitrag leisten können.

Auf der anderen Seite scheinen relativ kleine, zielgruppenspezifische Angebote erfolgversprechend zu sein, die auf geeigneten Informationskanälen eine spezifische Zielgruppe ansprechen können. Diese Tatsache könnte den Anforderungskatalog an die einzelnen Projekte erhöhen, insofern, als sie sich nicht auf die Sensibilisierung beschränken sollten, sondern durchaus weiterführende Hilfen anbieten, wie es das Transtheoretische Modell von Prochaska und Mitarbeitern (s. z.B. Fava, Velicer & Prochaska, 1995) nahelegt. Zwei Projekte, die dieses Modell explizit als theoretische Grundlage benutzten, wurden vom MPT finanziell unterstützt, nämlich die Entwicklung und die Promotion eines Experten-Systems an der Universität Genf (das auch in einer deutschen Version verfügbar ist [Martin-Diener, Gehring & Somaini, 1997]) sowie die Erfassung des Aufhörprozesses bei RaucherInnen (Junker, Töny & Abelin, 1999).

Dank MPT bestehende
Lücken im bisherigen
Präventionsangebot ge-
schlossen

7.4.2.b) Verbesserung der Zielgruppenerreichung

Insgesamt wurde aus der Sicht der Schlüsselpersonen der schweizerischen TP eine Verbesserung der Zielgruppenerreichung wahrgenommen, indem mit dem breiten Angebot des MPT bestehende Lücken im bisherigen Präventionsangebot geschlossen werden konnten. Dennoch sehen die Schlüsselpersonen bezüglich Zielgruppenerreichung noch einigen Handlungsbedarf in struktureller und inhaltlicher Hinsicht. Konkret handelt es sich dabei um folgende Verbesserungsmöglichkeiten:

- Transparenz der Anbieter und deren Vernetzung
- Einbettung der Ansätze und Interventionen in einen grösseren Kontext
- Einbezug verschiedener Perspektiven
- Adressatenspezifität
- Niederschwelligkeit
- Art und Inhalt der Kommunikation

Evaluationssicht und Empfehlung

Bezüglich Zielgruppenerreichung sollten als Minimalforderung an eine (vom BAG konsequent zu verlangende) Selbstevaluation einfach zu erhebende Projektparameter (z.B. die Grösse der Zielgruppe vs. die Anzahl der tatsächlich erreichten Personen) obligatorisch festgehalten werden. So würde sich auch der mehrdeutige Begriff der Nutzung nach einheitlichen Kriterien messen lassen. Um Angaben über die Auswirkungen getroffener Massnahmen zu erhalten, wäre (bei geeigneten Projekten) die Etablierung von Langzeituntersuchungen nützlich. Zum heutigen Zeitpunkt werden selbst sich jährlich wiederholende Interventionen nicht notwendigerweise in einem grösseren zeitlichen Zusammenhang evaluiert, d.h. es liegen keine Erkenntnisse darüber vor, was die Kontinuität zur Wirkung (so überhaupt messbar vorhanden) beiträgt. Eine bekannte Ausnahme stellt die „Neue Lust - Nichtraucher“ dar, deren Ergebnisse, die in einzelnen Jahren gewonnen wurden, für die Jahre 1992 bis 1997 in einer Gesamtübersicht zusammengestellt wurden (AT, 1997).

Als erfreulich kann gelten, dass in den Printmedien mehr über Jugendliche im Zusammenhang mit Tabakkonsum berichtet wurde. Zu dieser Berichterstattung hat des MPT seinen Teil mit dazu beigetragen. Daraus zu

schliessen, dass diese Zielgruppe vermehrt erreicht wird, wäre allerdings zu kurz gegriffen. Um eine adressatInnenspezifische Erreichung zu garantieren, müssten auch Faktoren wie die Lesegewohnheiten resp. überhaupt die Mediennutzung der spezifischen Zielgruppe in die Überlegungen miteinbezogen werden. Gerade bei Jugendlichen sind möglicherweise die elektronischen Medien oder zielgruppenspezifische Printerzeugnisse von vorrangiger Bedeutung.

8. Zusammenfassung der Empfehlungen

In der folgenden Zusammenstellung der gemachten Empfehlungen gruppieren wir unsere Aussagen in fünf Themenbereiche:

MPT-bezogene (geschichtliche)

Bei diesen Empfehlungen geht es darum, das Erreichte in Zukunft zu erhalten oder gar noch zu verstärken.

- In den letzten Jahren hat die Medienpräsenz in den von uns untersuchten Bereichen „Primärprävention“, „Entwöhnung“ und „Passivrauchen“ zugenommen, dies auch, aber nicht nur, dank dem MPT. Profitiert hat die Berichterstattung auch vom Umstand, dass Tabak vermehrt international zu einem wichtig(er)en Punkt geworden ist.
- Im Massnahmenpaket Tabak wurde die Zusammenarbeit ausgebaut bei den Forschungsprojekten, viel weniger aber bei den Interventionsprojekten. Hier zählen nach wie vor stärker die persönlichen Kontakte, wobei eine Systematisierung der Zusammenarbeit förderenswert wäre.
- Erkenntnisse, die im MPT gewonnen wurden, sind teilweise in die Konzipierung und Umsetzung des Massnahmenpakets Alkohol („Alles im Griff“) geflossen, während (ironischerweise) das MPT von der Prozessevaluation eher wenig profitieren konnte: der einmal eingeschlagene Kurs war kaum mehr zu ändern.

Mögliche Verbesserungen des BAG-eigenen Projektmanagements

Als eine Grundsatzfrage stellte sich, ob es sinnvoll und effizient ist, wenn das BAG operativ tätig wird. Die Verwaltungsorganisation des Bundes entspricht den Bedürfnissen einer Projektdurchführungsorganisation nicht optimal. Die folgenden Empfehlungen sind allerdings unabhängig davon zu sehen, ob das BAG selbst Projekte durchführt oder nicht:

- In den Konzepten und anderen Papieren des BAG sind eine konsistentere Benutzung und präzisere Begrifflichkeiten zu fordern.
- Inhaltlich sollen diese Papiere realistische Ziele und Zwischenziele enthalten.
- Entscheide sind offen und kontinuierlich (z.B. mit einem News-Letter) an sämtliche PartnerInnen zu kommunizieren, nicht nur an Insider.

- Getroffene Entscheide müssen nach aussen auch kommuniziert und begründet werden.

Standards für die Zusammenarbeit mit den PartnerInnen

Das BAG hat die Macht (strukturell und finanziell), in der Tabakpräventionsszene Standards einzuführen, die zu einer (weiteren) Professionalisierung der Präventionsarbeit beitragen können:

- Als Qualitätssicherungsinstrumente sind zu verlangen:
 - Das Einhalten der BAG-eigenen Kriterien betreffend Projektanträge (Abstützen auf epidemiologische Daten, Verarbeiten wissenschaftlicher Literatur, Einfließen der Ergebnisse der Forschungsprojekte).
 - Ein verbessertes Einplanen der Evaluation (z.B. das Durchführen einer Selbstevaluation oder das Erheben anderer Projektparameter).
- Das BAG könnte Unterstützung im Projektmanagement für die Projekte anbieten.
- Die nur teilweise Finanzierung der Interventionsprojekte durch das BAG hatte für die Projektverantwortlichen viel Mehrarbeit gekostet, führte aber (als positives Ergebnis) zum Engagement weiterer Quellen.
- Die Finanzierung der Konzeptarbeit von Projekten durch das BAG würde auf Seiten der Tabakpräventionsfachleuten viel Goodwill schaffen.
- Das Einbinden von Fachleuten, die nicht direkt am MPT beteiligt sind ist sinnvoll, um keine Situation zu schaffen, in der „eine Ingroup vs. eine Outgroup“ agiert.
- Der Grad der Verlässlichkeit, mit welcher das BAG von ihren Partnern wahrgenommen wird, ist mittels einfacher Massnahmen (z.B. frühzeitige Kommunikation von Entscheiden über die (Nicht-) Finanzierung eines Projektes) zu verbessern.

Strukturelle Veränderungsvorschläge

Unter diesem Punkt werden Empfehlungen zusammengefasst, die eine verbesserte Umsetzung der geäusserten Forderungen ermöglichen:

- Eine klare Definition der Aufgaben zwischen dem BAG und den Partnern, die zum Aufbau einer Struktur führen kann, in der ein externer Partner (z.B. die AT) im Rahmen eines Mandats Aufgaben für das BAG übernimmt. Dieser Schritt könnte einher gehen mit dem Aufbau von spezifischen Kompetenzzentren.

- Ein solches Kompetenzzentrum könnte z.B. die Etablierung eines Datenerhebungssystems an die Hand nehmen, an Stelle der unkoordinierten aktuellen Forschung. Eine aktuelle Ausschreibung („Aufbau eines Dokumentationssystems im Tabakbereich“) aus dem BAG zeigt, dass sich diese Forderung beginnt, durchzusetzen. Dabei wären auch andere (zusätzliche) Finanzierungsquellen als das BAG denkbar. Eine Zusammenarbeit mit dem geplanten Gesundheitsobservatorium würde sich geradezu aufdrängen.
- Bei einer allfälligen Umstrukturierung wäre darauf zu achten, dass die vorhandenen Kompetenzen der Tabakpräventions-Fachstellen erhalten oder gar noch erhöht werden.
- Es empfiehlt sich, die Zusammenarbeit mit der Kommission für Tabakprävention zu suchen, damit wichtige Entscheide betreffend Ausrichtung der Tabakpolitik koordiniert werden können.
- Allgemein ist zu empfehlen, ein politisches Lobbying aufzubauen, um ein von der Gegenseite (der Tabakindustrie) schon lange benutztes Instrument auch in den Dienst der Prävention zu stellen. Diese Aufgabe kann das BAG aus politischen Gründen allerdings nicht selbst übernehmen sondern kann, eine in der Zwischenzeit gestartete Initiative eines Partners, „nur“ unterstützen.

Ausrichtung der zukünftigen Tabakpolitik

Eine zukunftsweisende Tabakpolitik soll beschlossen und rasch umgesetzt werden. Dazu wurden schon Strategiepapiere entwickelt, die es jetzt zu diskutieren gilt. Dabei ist vorsichtig ans Werk zu gehen, weil eine mögliche Akzentuierung auch bedeuten kann, dass mit Fachleuten, die sich vom Prozess ausgeschlossen fühlen, auch vorhandene Fachkompetenz verloren gehen kann. Weitere Punkte erscheinen uns wichtig:

- Die Ausrichtung dieser Politik soll die Entwicklung betreffend Tabakprävention in Europa mit einbeziehen.
- Das BAG soll sein gutes Renommee in der Öffentlichkeit (z.B. aufgrund der Stop-Aids-Kampagnen) insofern ausnützen, um ein Zeichen für die Tabakprävention zu setzen.
- Zweckgebundene Abgaben auf Tabakwaren finden nach unseren Erkenntnissen eine grosse Befürwortung in der Bevölkerung. Eine einsei-

tige Erhöhung der Tabaksteuer ist hingegen bei RaucherInnen nicht beliebt. Fiskalpolitisch sollte entsprechend vorgegangen werden.

- Bei der Ausrichtung der zukünftigen Tabakprävention müssen bis anhin zu wenig einbezogene Zielgruppen, die jetzt erkannt sind (Frauen, Jugendliche, Rekruten, Personal im Gesundheitswesen), systematisch angesprochen werden.
- Bei der Finanzierung von Projekten sind weitere innovative (beispielsweise didaktische) Elemente zu fordern, die z.B. das Transtheoretische Modell zur Grundlage haben.
- Langfristige Kampagnen leisten sowohl im Tabak- als auch im HIV-/Aids-Bereich einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung der Bevölkerung. Kontinuität und Langfristigkeit sind Aspekte, die für eine zukünftige Tabakpolitik wichtig sind.

9. Referenzen

- Abel, T., Cloetta, B. & Abelin, T. (1996). *Offerte zur Übernahme des Mandats „Global-evaluation“*. Internes Papier. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Abelin, T. (1993). Rauchen. In W. Weiss (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz* (S. 219-233). Zürich: Seismo.
- Bähler, G. (1999). *Einschätzungen des tabakpolitischen Kontextes und zur Zusammenarbeit innerhalb der schweizerischen Tabakprävention durch die Verantwortlichen des Massnahmenpakets Tabak. Teil 2 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Bähler, G., Cloetta, B., Bolliger-Salzmann, H. & Hofmann, C. (1997). *Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak. Erster interner Zwischenbericht*. Bern: Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Bähler, G. & Hofmann, C. (1999). *Analyse und Beurteilung von Qualitätskriterien der Projektanträge im Massnahmenpaket Tabak. Teil 8 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Barendregt, J.J. & Bonneux, L. (1999). The trouble with health economics. *European Journal of Public Health*, 9, 309-312.
- Bolliger-Salzmann, H. (1999). *Tabellarische, vergleichende Übersicht einiger Kennwerte zur Aids- und Tabakprävention. Arbeitspapier zur Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Bolliger-Salzmann, H. & Bähler, G. (1999). *Selbsteinschätzungen und Beurteilungen verschiedener Aspekte des Massnahmenpakets Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Bolliger-Salzmann, H. & Cloetta, B. (1999a). *Zur epidemiologischen Datenlage im Bereich Tabakprävention in der Schweiz. Arbeitspapier zur Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Bolliger-Salzmann, H. & Cloetta, B. (1999b). *Die Selbstevaluation der Interventionsprojekte im Massnahmenpaket Tabak 1996-1999 - eine (selbst-) kritische Analyse. Arbeitspapier zur Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.

- Bolliger-Salzmann, H. & Cloetta, B. (1999c). *Vorläufige Erkenntnisse der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak des Bundesamts für Gesundheit. Arbeitspapier zur Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Breu, V. (1999, 9. Juli). *Harter Rückschlag für Tabakkonzerne*. Tages-Anzeiger, S. 33.
- Breu, V. (1998, 17. November). *Hält der Tabakfriede diesmal?* Tages-Anzeiger.
- Bundesamt für Gesundheit (2000). Aids-Statistik. <http://www.admin.ch/bag/infekt/aktuell/aids/d/AIDSINFO.html>. [Zugriff: 18. Januar 2000].
- Bundesamt für Gesundheit (1998). *Massnahmenpaket Tabak (MPT). Aktivitätsbericht 1996-1997. Perspektiven 1998-1999*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit (1997). *Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit (1996). *Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit (1995a). *Die Schweiz im europäischen Vergleich*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit (1995b). *Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums*. Bern: Autor.
- Cloetta, B., Abel, T. & Zeyen Bernasconi, P. (1999). *Urteile zur schweizerischen Tabakprävention aus der Sicht von Experten und der Bevölkerung (Erweiterte Fassung). Teil 1 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Cloetta, B., Wechsler, Y. & Müller, F. (1999). *Die Fachstellen der Tabakprävention und ihre Beurteilung des Massnahmenpakets Tabak. Teil 10 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- El Fehri, V., Krebs, H. & Rielle, J.-C. (1997). *Die neue Lust - Nichtraucher 1992-1997*. Bern: Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention.
- Fava, J.L., Velicer, W.F. & Prochaska, J.O. (1995). Applying the Transtheoretical Model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 20 (2), 189-203.
- Falomir, J.M. & Mugny, G. (1998). Influence sociale et tabagisme. Les enjeux identitaires du fumeur, *Psychoscope*, 19 (7), 9-12.

- Gertsch, M. (1995). *Evaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999. Prinzipien, Aktionsplan und Finanzierung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Gutzwiller, F., Wydler, H. & Jeanneret, O. (1996). Prävention und Gesundheitsförderung. In F. Gutzwiller & O. Jeanneret (Hrsg.). *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health* (S. 191-197). Bern: Huber.
- Hengartner, T. & Merki, C.M. (1993). Heilmittel, Genussmittel, Suchtmittel: Veränderungen in Konsum und Bewertung von Tabak in der Schweiz. *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte. Sonderdruck Vol. 43*. Basel: Schwabe.
- Hirter, H. (1993) (Hrsg.). *Année politique suisse*. Bern: Universität, Institut für Politikwissenschaften.
- Hofmann, C. & Müller, F. (1999). *Fallstudie zum Tag des Nichtrauchens. Teil 4 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Institut d'économie et management de la santé (IEMS) (1999). *Rélation(s) entre la consommation tabagique et la taxation de tabac - divers scénarios*. Lausanne: Autor.
- Janin Jaquat, B. & François, Y. (1999). *Konsum psychoaktiver Substanzen bei Schülern in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Junker, C., Töny, G. & Abelin, T. (1999). *Wunsch, Versuch und Erfolg mit dem Rauchen aufzuhören. Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in der deutschen Schweiz*. (Forschungsbericht). Bern: Universität, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Krebs, H. & Demarmels, B. (1998). *Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz (Machbarkeitsstudie)* (Forschungsbericht). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Krieger, U., Krieger, M. & Mühlemann, R. (1991). *Rauchen am Arbeitsplatz*. Basel.
- Martin-Diener, E., Gehring, T.M. & Somaini, B. (1997). Computergestützte Raucherentwöhnung. *Therapeutische Rundschau*, 54 (8), S. 463-467.
- Müller, F. & Hofmann, C. (1999a). *Die Beurteilung der Zielerreichung, des Verlaufs und der Auswirkungen des Massnahmenpakets Tabak aus der Sicht von VertreterInnen wichtiger Organisationen der Tabakprävention. Teil 7 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.

- Müller, F. & Hofmann, C. (1999b). *Die Beurteilung der Zielerreichung und des Verlaufs des Massnahmenpakets Tabak aus der Sicht der dafür Verantwortlichen im Bundesamt für Gesundheit. Teil 9 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Müller, F. & Hofmann, C. (1999c). *Das Massnahmenpaket und seine Projekte im Spiegel der Medien. Teil 5 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Müller, R., Meyer, M. & Gmel, G. (1997). *Alkohol, Tabak und Illegale Drogen in der Schweiz 1994-1997*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- NZZ (1998a 14. Mai). *Brundtland - die neue WHO-Generaldirektorin*. Neue Zürcher Zeitung, S. 5.
- NZZ (1998b, 16. November). *Neuer Plan für US-Vergleich mit Tabakindustrie*. Neue Zürcher Zeitung.
- NZZ (1997a, 14. Oktober). *Wieder Raucher in den SBB-Regionalzügen. Kostspielig-spontane Generaldirektion*, S. 13.
- NZZ (1997b, 6./7. Dezember). *Beim EU-Tabak-Werbeverbot zählt jede Stimme*. Neue Zürcher Zeitung, S. 23.
- NZZ (1997c, 5. Dezember). *Umstrittenes Werbeverbot für Tabak in der EU*. Neue Zürcher Zeitung, S. 21.
- Padlina, O., Gehring, T.M., Marin, E. Hättich A. & Somaini, B. (1998). *Repräsentativer Bevölkerungssurvey zur Beschreibung von Einstellung und Verhalten der Schweizer Bevölkerung in Bezug auf Bewegung, Entspannung, Velofahren, Umwelt- und Rauchverhalten (TRAM-Projekt)*. Zürich: Universität, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Pfluger, D. (1992). Im Jahr 1990 über 10 000 Todesfälle infolge des Rauchens in der Schweiz, *BAG-Bulletin*, 8, 101-105.
- Schmid, H., Gmel, G. & Janin Jaquat, B. (1999). Neue epidemiologische Befunde zum Rauchen in der Schweiz. *Suchtmagazin*, 5, 3-13.
- Schüler, G. & Levi, F. (1996). Krebserkrankungen. In F. Gutzwiller & O. Jeanneret (Hrsg.). *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health* (S. 299-311). Bern: Huber.
- Schüler, G. & Bopp, M. (1997). Deskriptive Epidemiologie: Fakten und Trends. In W. Weber, I. Rajower & P. Kleihues (Hrsg.). *Nationales Krebs-Bekämpfungsprogramm Lungenkrebs. Fakten und Handlungsbedarf* (S. 3-9). Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweiz. Krebsliga.

- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) (1999). *Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen, 1999*. Lausanne: Autor.
- Simonitsch, P. (1998, 28. Juli). „Wir möchten präventiv arbeiten“. *Tages-Anzeiger*, S. 32
- Van de Broucke, S., De Potter, B., Lenders, F. & Vinck, J. (1994). An assessment of the methodological quality of health promotion projects in flanders. *Arch Public Health*, 52, 261-277.
- Veen, C.A., Vereijken, C.J.M., van Driel, W.G. & Beliën, M.A.R.E. (1994). *Ein Instrument zur Analyse von Effektivitätsuntersuchungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung*. International Union for Health Promotion and Education, Regional Office for Europe. Utrecht: Landelrijk Centrum GVO.
- Vitale, S., Priez, F. & Jeanrenaud, C. (1998). *Le coût social de la consommation de tabac en Suisse*. Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales.
- Wechsler, Y. (1999). *Beurteilungen von Schlüsselpersonen zur schweizerischen Tabakprävention, zum Massnahmenpaket Tabak und zu den relevanten Zielgruppen. Teil 3 des Schlussberichts der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996-1999*. Bern: Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1985). *Einzelziele für „Gesundheit 2000“*. Kopenhagen: Autor.
- Wydler, H. Walter, T., Hättich, A. Hornung, R. & Gutzwiller, F. (1996). *Die Gesundheit 20jähriger in der Schweiz*. Aarau: Sauerländer.
- Zeyen Bernasconi, P., Abel, T. & Cloetta, B. (1998). *MAREPS Schweiz: Ergebnisse der mündlichen Interviews und der Dokumentenanalyse: Zigarettenrauchen*. Bern: Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Darstellung des Verlaufs des Massnahmenpakets Tabak (MPT)	32
Abb. 2: Schematische Darstellung der Fragestellung	49
Abb. 3: Übersicht über den Aufbau des Technischen Schlussberichts	62
Abb. 4: Die Datenerhebungsstränge der Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak (MPT).....	64
Abb. 5: Mittelwerte der Einschätzungen von MPT-Verantwortlichen (n=5) über wichtige tabakpolitischer Ereignisse im Ausland in bezug auf die Tabakprävention in der Schweiz.	70
Abb. 6: Meinungen zu regulativen staatlichen Massnahmen in der Tabakprävention im zeitlichen Verlauf.....	73
Abb. 7: Zeitverlauf der Medienberichterstattung (MB), n=3491 Artikel.....	75
Abb. 8: Wiedererkennen von Kampagnen zur Tabakprävention und Reaktionen darauf ..	107

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Einige Aspekte zur individuellen Verhaltensprävention bei zwei präventiven Handlungen (Kondomgebrauch und Tabakverzicht)	17
Tab. 2: Übersicht über die hauptsächlichen Aktivitäten des Evaluations-Teams.....	57
Tab. 3: Übersicht über die Datenerhebungen	66
Tab. 4: Stellenprozente in der Tabakprävention nach geografischem Tätigkeitsbereich.....	76
Tab. 5: Stellenprozente in der Tabakprävention, aufgegliedert nach durch die Stelle durchgeführtes MPT-Projekt	95
Tab. 6: Analyse der Projektanträge der Interventionsprojekte bezüglich Evaluationsplanung: Mittelwerte der drei Schwerpunktbereiche sowie Gesamtmittelwert der Beurteilung der Projektdokumente.....	100
Tab. 7: Analyse der Projektanträge bezüglich Innovationsgrad der Interventionsprojekte: Mittelwerte der drei Schwerpunktbereiche sowie Gesamtmittelwert der Beurteilung der Projektdokumenten.....	102