

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 38 (2012)

Heft: 3-4

Artikel: Wirken, Wirkung, Wirklichkeit bei Massnahmen im Tabakbereich

Autor: Schmid, Holger

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800454>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Wirken, Wirkung, Wirklichkeit bei Massnahmen im Tabakbereich

Die Grundfrage bei der Umsetzung von Massnahmen im Tabakbereich (unseres Wirkens) ist, ob die Massnahme einen Effekt bewirken kann (die Wirkung). Anhand eines Wirkungsmodells wird in vielen Fällen die Effektivität (Grad der Zielerreichung) von Massnahmen überprüft. Untersuchungspläne zur Prüfung von Effekten kommen selten zum Einsatz. Die Methode des Intervention Mappings bietet die Möglichkeit, Umsetzung und Evaluation von Massnahmen gemeinsam zu konzipieren.

Holger Schmid

Prof. Dr. phil., Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Riggenbachstrasse 27, CH-4600 Olten, Tel. +41 (0)62 311 95 97, holger.schmid@fhnw.ch, www.fhnw.ch/personen/holger-schmid

Schlagwörter:

Tabakkontrolle | Effektivität | Effekt |
Untersuchungsplan | Intervention Mapping |

Tabakkontrolle – ein riesiges Wirkungspotential

Die Generalversammlung der United Nations UN hat beschlossen, nicht übertragbare Krankheiten an die erste Stelle auf ihrer Agenda zu setzen und anlässlich eines Treffens im September 2011 auf höchster Ebene zu diskutieren. Weltweit sind zwei von drei Toten jährlich den nicht übertragbaren Krankheiten geschuldet. Ein Sechstel dieser Todesfälle ist auf Tabak zurückzuführen. Eine Million Menschen rauchen oder kauen aufgrund ihrer Abhängigkeit täglich Tabak und 15'000 Menschen sterben pro Tag daran. In der Schweiz wird täglich von 25 Toten aufgrund des Rauchens ausgegangen.¹ Die Voten der ExpertInnen in einem vorbereitenden Bericht für das UN-Treffen im September 2011² fallen deshalb eindeutig aus: Erste und dringlichste Massnahmen, nicht übertragbare Krankheiten anzugehen, sind Massnahmen zur Tabakkontrolle. Ziel muss es sein, dass im Jahre 2040 weniger als 5% der Weltbevölkerung noch raucht.

Damit erfährt die von 192 Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation WHO am 21. Mai 2003 einstimmig verabschiedete internationale Rahmenkonvention über die Tabakkontrolle weitere Unterstützung. Auch die Schweiz hat diese Rahmenkonvention unterzeichnet. Es scheint ein politisches Ziel zu sein, die Forderungen der Konvention auch in der Schweiz umzusetzen, so dass die Konvention letztlich auch ratifiziert werden kann.³

Wirkung

Das Wirkungspotential von Massnahmen zur Tabakkontrolle für die Gesundheit besteht und es scheint ein politischer Wille zur Umsetzung von Massnahmen vorhanden zu sein. Welche Massnahmen sollten nun ergriffen werden? Laut den ExpertInnen⁴

- muss eine substantielle Wirkung (Effekt) bzgl. der Gesundheitsauswirkungen nachgewiesen sein
- es müssen starke Belege für die Effektivität der Massnahme vorliegen
- die Umsetzung muss bezahlbar sein und
- sie muss politisch und finanziell durchführbar sein.

Für die wissenschaftliche Evaluation, die eine Bewertung durch wissenschaftliche Methoden nach expliziten Standards unternimmt, ist die Frage nach dem Effekt und der Effektivität einer Massnahme entscheidend. Die Effektivität meint den Grad der Zielerreichung durch eine Massnahme, der Effekt meint die Wirkung einer Massnahme.

Grad der Zielerreichung

Der Grad der Zielerreichung durch eine Massnahme lässt sich am besten anhand eines Modells veranschaulichen, welches die angenommenen Ergebnisse einer Massnahme beinhaltet. Gesundheitsförderung Schweiz betreibt mit quint-essenz⁵ ein Qualitätssystem für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention, welches ein Ergebnismodell⁶ als integralen Bestandteil zur Qualitätsentwicklung beinhaltet.⁷ Das Ergebnismodell erlaubt es, die Ergebnisse von Projekten systematisch zu erfassen und mit den Zielen (den geplanten Ergebnissen) von Projekten zu vergleichen. Sind die Ziele konkret formuliert (SMART), erlauben sie im Allgemeinen den Grad der Zielerreichung festzustellen. SMART-Ziele sind:

- **Spezifisch** (es ist klar, was genau sich auf welche Art und Weise verändert haben soll)
- **Mess-/überprüfbar** (es ist beurteilbar, ob das Ziel erreicht worden ist oder nicht)
- **Anspruchsvoll** (es sind Anstrengungen nötig, um das Ziel zu erreichen)
- **Realistisch** (es ist mit den vorhandenen Ressourcen in der verfügbaren Zeit erreichbar)
- **Terminorientiert** (es ist klar, wann das Ziel erreicht sein muss – bei Projektzielen bis Projektende.)

Bei der Zielformulierung wird geklärt, was bis wann in welchen Settings oder bei welchen Zielgruppen erreicht werden soll. Die Ziele bilden gleichzeitig die Referenz für die Wahl der geeigneten Massnahmen. Die Frage, durch welche Massnahme das Ziel erreicht werden kann, muss beantwortet werden. Der Grad der Zielerreichung durch eine Massnahme kann bestimmt werden, wenn Indikatoren der Zielerreichung festgelegt werden. Zur Formulierung der Indikatoren empfiehlt es sich, sich an den ZWERG-Kriterien zu orientieren. ZWERG-Indikatoren sind:

- von **Zentraler** Bedeutung: d.h. sie liefern aussagekräftige Hinweise auf das jeweilige Ziel
- **Wirtschaftlich**: d.h. sie sind mit einem vernünftigen Aufwand zu erheben
- **Einfach**: d.h. sie sind verständlich und nachvollziehbar gewählt
- **Rechtzeitig**: d.h. die Daten sind zu einem nützlichen Zeitpunkt verfügbar
- **Genau**: d.h. sie können in einem verlässlichen Massstab gemessen werden.

Reicht es, die Effektivität im Sinne des Grads der Zielerreichung in einem Projekt oder Programm zu zeigen, kann sich die wissenschaftliche Evaluation auf die Messung der Indikatoren zur Bestimmung der Zielerreichung im Ergebnismodell beschränken.

Im noch gültigen Nationalen Programm Tabak wird bspw. das Ziel definiert, dass der Anteil der Rauchenden in der Altersgruppe der 14- bis 19-Jährigen im Jahr 2012 auf unter 20% gesunken ist.⁸ Bei diesem Ziel ist es naheliegend, die Ergebnisse des Tabakmonitorings heranzuziehen, in welchem entsprechende Indikatoren zum Rauchstatus (differenziert nach Rauchenden, Ex-Rauchenden, Niemals-Rauchenden) aufgrund von Selbstbeschreibungen erhoben werden.⁹ Der Grad der Zielerreichung kann damit bestimmt werden. Trotz aller bestehenden Massnahmen liegen wir aller Voraussicht nach bis Ende 2012 noch weit von diesem Ziel entfernt. Das Nationale Programm Tabak wurde vom Bundesrat am 9. Mai 2012 um vier weitere Jahre bis Ende 2016 mit der gleichen Zielsetzung verlängert.

Die nachgewiesene substantielle Wirkung

Wären wir dem Ziel näher, wenn die Schweiz ein umfassendes Verbot aller Formen von Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring erlassen hätte? Viele Studien legen dies nahe.¹⁰ Der Grad der Zielerreichung kann allerdings durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Die Massnahmen der Tabakkontrolle sind idealerweise an der Zielerreichung massgeblich beteiligt. Sollen durch die wissenschaftliche Evaluation Gründe für die Zielerreichung ausserhalb der Massnahmen ausgeschlossen werden, bedingt dies eine spezielle Untersuchungsanlage. Die Verwendung eines Ergebnismodells, die SMART-Bestimmung der Ziele und die klare Erfassung der Indikatoren zur Zielerreichung nach den ZWERG-Kriterien sind notwendige aber nicht hinreichende Bedingungen, um eine substantielle

Wirkung einer Massnahme nachweisen zu können. Es braucht einen geeigneten Untersuchungsplan, um Effekte nachzuweisen.

Untersuchungspläne

Es können verschiedene Untersuchungspläne zur Prüfung auf Effekte unterschieden werden, die wiederum bezüglich ihrer Evidenzstärke eingestuft werden. In der Wissenschaftstheorie bezeichnet man mit «Evidenz» diejenigen empirischen Befunde, welche Theorien bestätigen oder an welchen Bestätigungsversuche scheitern. Evidenzstärke kann danach unterschieden werden, ob der Untersuchungsplan es erlaubt, einen systematischen Fehler zu vermeiden und zu validen Ergebnissen zu kommen. Die folgende Einteilung von Untersuchungsplänen in Evidenzstärke orientiert sich an Studien zu Therapie und/oder Prävention.

Im oben aufgeführten Beispiel interessiert natürlich die Frage, welche Faktoren eine Annäherung an die Zielerreichung bewirkt haben. Es interessiert die nachgewiesene substantielle Wirkung von Massnahmen und damit die Wirkung unseres Wirkens.

Massnahmen

Eine Massnahme zur Zielerreichung könnte eine Kampagne sein, wie bspw. die SmokeFree-Kampagne. Sie unterstützt das nationale Programm Tabak 2008-12 und ist Teil der Umsetzung. Zur Evaluation liegt ein Zwischenbericht vor.¹² Die Untersuchung basiert auf Online-Interviews im Rahmen einer Befragung zu mehreren Themen.¹³ Es wurden in drei Wellen 15- bis 65-jährige sprachassimierte Personen aus allen drei Landesteilen, die mindestens einmal pro Woche das Internet zu privaten Zwecken nutzen, befragt. Die Bekanntheit der Spots und Anzeigen ist hoch; relativ viele Personen stehen der Kampagne jedoch indifferent gegenüber, indem sie auf die Frage, was sie an der Kampagne mögen bzw. nicht mögen «Weiss nicht/keine Angabe» angeben. Einstellungen dem Rauchen gegenüber haben sich nicht verändert.

Metaanalysen aus dem englischen Sprachraum sprechen demgegenüber für die Effektivität im Sinne des Grads der Zielerreichung von Kampagnen.¹⁴ Wenn Vergleichsgruppen analysiert wurden, lagen die positiven Effekte bei den Interventionsgruppen deutlich höher als bei den Kontrollgruppen. Die Zielerreichung der Kampagne ist eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für deren Wirkung.

Die Wirklichkeit

In der Wirklichkeit sind ohne Zweifel sehr viele mögliche Faktoren daran beteiligt, dass ein Ziel der Tabakprävention erreicht werden kann. Die Wirklichkeit ist so komplex, dass einzelne Studien nur kleine Ausschnitte der Wirklichkeit untersuchen können. Gleichzeitig ist die Komplexität der Wirklichkeit kein Grund, Massnahmen nicht auf ihre Effekte und ihre Effektivität hin zu überprüfen. Das so generierte Wissen ist fundamental für die Initiierung und Gestaltung neuer Massnahmen. Zur Evaluation von Kampagnen erscheint es auf den ersten Blick unmöglich, evi-

Ia	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien (randomized controlled trial RCT)
Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer RCT
IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund einer gut angelegten nicht-experimentellen deskriptiven Studie (z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertengremien, Konsensus-Konferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten.

Tab. 1: **Einteilung der Evidenzstärke in Evidenzklassen und Zuordnung von Untersuchungsplänen.**¹¹



denzstarke Untersuchungspläne zur Prüfung von Effekten einzusetzen. Beim genaueren Hinsehen ist dies doch möglich. Die Schweiz hat den Vorteil, dass eine natürliche Variation vorhanden ist: Es können bspw. Sprachregionen und Kantone miteinander verglichen werden. Diese natürlichen Variationen sollte sich die Schweiz systematisch für die Evaluation zunutze machen; ansonsten verschenkt sie sich die Chance, mit den Ergebnissen in Metaanalysen¹⁵ Eingang zu finden.¹⁶ Eindrückliche Beispiele hierfür bieten die Berichte zur Anzahl der Spitaleinweisungen wegen akuter ausgedehnter Herzinfarkte aus verschiedenen Kantonen. Diese gingen bspw. im Kanton Graubünden – im Vergleich zum Kanton Luzern – signifikant zurück.¹⁷ Der Kanton Graubünden hatte im März 2008 Rauchverbote eingeführt, während dies im Kanton Luzern erst am 01. Mai 2010 der Fall war. Eine gross angelegte Studie aus Deutschland untermauert den Schluss,

dass Rauchverbote und Reduktion der Herzinfarkte zusammen hängen.¹⁸

Implementation von Massnahmen

Die Implementation und die Evaluation von Massnahmen im Tabakbereich sind untrennbar miteinander verknüpft. Dies wird deutlich, wenn man die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen auf der Basis des Intervention Mapping¹⁹ zur Implementation von Massnahmen betrachtet. Es werden sechs Schritte von der Bedarfsanalyse²⁰ zur Evaluationsplanung beschrieben. Diese Schritte des Intervention Mappings geben Anhaltspunkte,

- wie Bedarf ermittelt werden kann
- wie Wirkungsmodelle angedacht werden
- wie theoretische Überlegungen zu Ätiologie (verursachende Faktoren) und Intervention einfließen

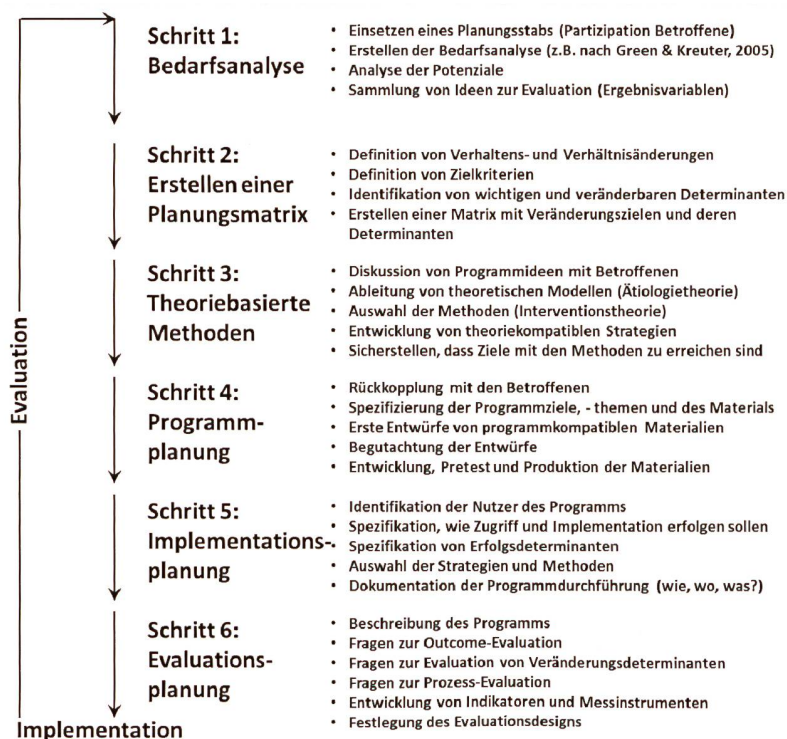


Abb. 1: **Intervention Mapping zur Planung und Entwicklung von Massnahmen. Adaptiert nach Bartholomew/Parcel/Kok.²¹**



- wie Planungsschritte unternommen werden
- wie die Implementation stattfinden und schliesslich
- wie die Evaluation geplant und umgesetzt wird.

Bei jeder Massnahme – und insbesondere bei der Implementierung von Kampagnen – kann so das Wirkungspotential optimal ausgeschöpft werden und es können starke Wirkungsaussagen getroffen werden. Zumindest dann, wenn der Blick nicht vor evidenzstarken Untersuchungsplänen verschlossen wird. ●

Literatur

Ackermann, G./Studer, H./Ruckstuhl, B. (2009): quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. pp. 137-156 in: P. Kolip/V. Müller (Eds.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Verlag Hans Huber.

Agency for Health Care Policy and Research (1992): Evidenzgrade zur Bewertung von Studien nach Agency for Health Care Policy and Research HCPR. Publication 1992, 92-0032: 100-107i. www.andreas-hoeflerlin.de/Evidence.pdf, Zugriff 04.06.2012.

Bartholomew, L. K./Parcel, G. S./Kok, G./Gottlieb, N. H./Fernandez, M. E. (2011): Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. 3rd Edition. San Francisco: John Wiley & Sons.

Beaglehole, R./Bonita, R./Horton, R./Adams, C./Alleyne, G./Asaria, P. et al. (2011): Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 377(9775): 1438-1447.

Bonetti, P. O./Trachsel, L. D./Kuhna, M. U./Schulzki, T./Erne, P./Radovanovic, D. et al. (2011): Incidence of acute myocardial infarction after implementation of a public smoking ban in Graubünden, Switzerland: Two year follow-up. *Swiss Medical Weekly* 141: 1-5.

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

Bundesamt für Gesundheit BAG/LINK Institut (2011): Tracking Tabakpräventionskampagne. Zwischenbericht 2011.

Cloetta, B./Spencer, B./Spörri, A./Ruckstuhl, B./Broesskamp-Stone, U./Ackermann, G. (2004): Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 27(3): 67-72.

Derzon, J. H./Lipsey, M. W. (2002): A Meta-analysis of the Effectiveness of Mass-Communication for Changing Substance-use Knowledge, Attitudes and Behavior. pp. 231-258 in: W. D. Crano/M. Burgoon (Eds.), *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research* (). Mahwah NJ/London: Erlbaum.

Di Franza, J. R./Wellman, R. J./Sargent, J. D./Weitzman, M./Hipple/B. J./Winnickoff, J. P. et al. (2006): Tobacco Promotion and the Initiation of Tobacco Use: Assessing the Evidence for Causality. *Pediatrics* 117: 1237-1248.

Green, L./Kreuter, M. (2005): *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th edition. New York, NY: McGrawhill.

Hüttemann, M./Schmid, H./Rösch, C. (2010): Das Paradigma der evidenzbasierten Praxis in der Suchtprävention. *SuchtMagazin*(1): 5-12.

Junker, C. (2009): Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Sektion Gesundheit der Bevölkerung.

Radtke, T./Keller, R./Krebs, H./Hornung, R. (2011): Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in den Jahren 2001 bis 2009/10. *Tabakmonitoring - Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum* Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie.

Ranney, L./Melvin, C./Lux, L./McClain, E./Morgan, L./Lohr, K. (2006): *Tobacco Use: Prevention, Cessation and Control*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Sargent, J. D./Demidenko, E./Malenka, D. J./Li, Z./Gohlke, H./Hanewinkel, R. (2012): Smoking restrictions and hospitalization for acute coronary events in Germany. *Clinical Research in Cardiology* 101(3): 227-235.

Snyder, L./Hamilton, M. (2002): A Meta-Analysis of U.S. Health Campaign Effects on Behavior: Emphasize Enforcement, Exposure and New Information, and Beware the Secular Trend. pp. 357-383 in: R. C. Hornik (Ed.), *Public Health Communication. Evidence for Behavior Change*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Endnoten

- 1 Vgl. Junker 2009.
- 2 Vgl. Beaglehole et al. 2011.
- 3 Vgl. dazu den Artikel von El Fehri in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 4 Ebd.
- 5 Vgl. Ackermann/Studer et al. 2009.
- 6 Vgl. Cloetta et al. 2004.
- 7 Das Web-basierte System ist unter www.quint-essenz.ch komplett und kostenlos in Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch zugänglich.
- 8 Vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG 2008.
- 9 Vgl. Radtke/Keller et al. 2011.
- 10 Vgl. bspw. zum Rauchbeginn bei Jugendlichen: DiFranza et al. 2006.
- 11 nach AHCPR Agency for Health Care Policy and Research 1992.
- 12 Vgl. Bundesamt für Gesundheit/LINK Institut 2011.
- 13 Omnibus-Befragung: der Standardfragebogen eines Marktforschungsinstitutes ist der Omnibus, bei dem Interessierte mit speziellen Fragen «mitfahren» können.
- 14 Vgl. Derzon/Lipsey 2002; Snyder/Hamilton 2002.
- 15 z. B. der von Ranney et al. 2006.
- 16 Vgl. Hüttemann/Schmid et al. 2010.
- 17 Vgl. Bonetti et al. 2011.
- 18 Vgl. Sargent et al. 2012. Vgl. auch den Artikel von Hanewinkel/Gohlke in dieser Ausgabe.
- 19 Vgl. Bartholomew/Parcel et al. 2011.
- 20 z. B. nach Green & Kreuter 2005.
- 21 Adaptiert nach Bartholomew/Parcel/Kok 1998.