Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz **Bericht 1**

Synthese 2012 der Selbstevaluation der Kantonalen Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht

Dezember 2012

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von CHF 2.40 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird.
Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe **«Gesundheitsförderung Schweiz Bericht»** erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen. Die Berichte dienen Fachpersonen in Praxis und Wissenschaft, Medien und Gesundheitspolitik. Sie werden einer Qualitätskontrolle (Reviewboard, Begleitgruppe) unterzogen. Der Inhalt der Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Gesundheitsförderung Schweiz Berichte liegen in der Regel gedruckt und in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber
Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen/Autoren
– Sarah Fässler, Interface (Projektleitung)
– Dr. med. Birgit Laubereau, Interface (Projektbearbeitung)
– Claudine Morier, Interface (Projektbearbeitung)
– Nora Wight, Interface (Projektbearbeitung)
– Prof. Dr. Andreas Balthasar, Interface (Beratung und Qualitätssicherung)

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz
Günther Ackermann, Projektleiter Qualität und Evaluation

Reihe und Nummer
Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 1

Zitierweise
Fässler, Sarah; Laubereau, Birgit; Morier, Claudine; Wight, Nora; Balthasar, Andreas (2012). *Synthese 2012 der Selbstevaluation der Kantonalen Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 1. Bern und Lausanne.

Fotonachweis Titelbild
thinkstockphotos.com

Auskünfte/Informationen
Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6
Tel. +41 31 350 04 04, Fax +41 31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext
Deutsch

Bestellungen
Tel. +41 31 350 04 04, Fax +41 31 368 17 00, office.bern@promotionsante.ch

Bestellnummer
02.0001.DE 12.2012
Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 02.0001.FR 12.2012).

Download PDF
www.gesundheitsfoerderung.ch/kap

© Gesundheitsförderung Schweiz, Dezember 2012

Inhaltsverzeichnis

Management Summary **4**

1 Einleitung **6**
1.1 Die Kantonalen Aktionsprogramme 6
1.2 Die Evaluationsphase 2010/2011 6

2 Umsetzung der KAP **10**
2.1 Kontext 10
2.2 Policy 11
2.3 Module 14
2.4 Vernetzung 21
2.5 Öffentlichkeitsarbeit 28
2.6 Chancengleichheit 29
2.7 Investitionen 33

3 Die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz **37**

4 Wirkungshinweise **40**

Zusammenfassung: Fazit und Empfehlungen **44**
Einleitung 44
Beantwortung der Fragestellungen 45
Fazit und Empfehlungen 56

Anhang **63**

Autorenprofile **74**

Darstellungsverzeichnis

D 1.1 Chancen und Grenzen des methodischen Vorgehens 8
D 2.1 Genannte Kontextfaktoren der KAP 11
D 2.2 Charakter der 16 in Kraft getretenen Policymassnahmen 13
D 2.3 Modulprojekte in mehreren Sprachregionen (Stand 2011) 16
D 2.4 Fördernde und hemmende Faktoren für die Multiplikation 17
D 2.5 Zentrale Handlungsfelder 18
D 2.6 Zentrale Multiplikatoren und Zielgruppen 18
D 2.7 Stand der Umsetzung Modulprojekte 2011 19
D 2.8 Vergleich der interkantonalen Vernetzung 2009 und 2011 21
D 2.9 Vertretung unterschiedlicher Multiplikatoren in KAP-Gremien 26
D 2.10 Investitionen in die KAP 33
D 2.11 Kostenentwicklung nach Ebenen seit 2009 34
D 2.12 Kostenentwicklung der Ebenen in den frühen Gruppen seit 2009 35
D 4.1 Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder (in Basel, Bern, Zürich), Schuljahre 2005/06 bis 2010/11 43

Management Summary

Die von Gesundheitsförderung Schweiz initiierten und unterstützten Kantonalen Aktionsprogramme für ein gesundes Körpergewicht (KAP) werden durch Interface Politikstudien Forschung Beratung evaluativ begleitet. Die Synthese 2012 dokumentiert den Stand der Umsetzung der KAP der Jahre 2010 und 2011. Die Evaluation basiert in erster Linie auf Datenerfassungen und Beurteilungen durch die Programmleitenden selber sowie auf Interviews und Validierungen mit diesen.

Die Kantonalen Aktionsprogramme haben sich in den letzten Jahren als Erfolgsmodell und als Vorlage für die Entwicklung anderer Schwerpunktprogramme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention erwiesen. Ausschlaggebend dafür ist der einheitliche konzeptuelle Rahmen für alle Kantone, der eine vergleichbare Qualität der Kantonalen Aktionsprogramme gewährleistet und gleichzeitig genügend Flexibilität für die Anpassung an lokale Gegebenheiten bietet.

Bei der Umsetzung von Interventionen für Kinder und Jugendliche (Modulprojekte) ist eine Fokussierung auf von Gesundheitsförderung Schweiz empfohlene Projekte mit besonderer Qualität erkennbar. So ist der Anteil Projekte, welche der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, zwischen 2009 und 2011 von 56 auf 69 Prozent gestiegen. Weiter fortgeschritten ist die Multiplikation bewährter Projekte. Der Anteil multiplizierter Projekte ist in spät gestarteten Kantonen mit 71 Prozent höher als bei den Vorreiterkantonen mit 56 Prozent. Da die erste Phase dem Aufbau der Kantonalen Aktionsprogramme gewidmet war, ist die nachhaltige Sicherung der Modulprojekte noch wenig fortgeschritten. Dies wird der Fokus der zweiten Phase sein, welche mit 12 Kantonen im Jahr 2012 begonnen hat.

Die Anzahl struktureller Massnahmen, die flächendeckend und über die KAP-Dauer hinaus angelegt sind (Policymassnahmen), hat zugenommen. Die meisten der Policymassnahmen sind jedoch noch im Aufbau begriffen und wenige haben einen verbindlichen Charakter. Wie bereits in der Zwischensynthese 2009 festgehalten, erschweren die Stellung der KAP-Leitenden in der Verwaltung sowie die fehlenden Entscheidungsbefugnisse Fortschritte bei der Implementierung von Policymassnahmen.

Die Vernetzung zwischen Kantonen insbesondere über die Sprachgrenzen hinweg hat vor allem dank den jährlichen Netzwerktagungen von Gesundheitsförderung Schweiz klar zugenommen. Die Vernetzungsaktivitäten innerhalb der Kantonalen Aktionsprogramme haben zu einem intensiveren Austausch zwischen Akteuren aus den Bereichen Bewegung und Ernährung geführt. Trotz einer guten Vernetzung der KAP mit dem Erziehungsdepartement in einer grossen Mehrheit der Kantone ist der Zugang zu den Schulen insgesamt nach wie vor schwierig. Er hat sich zudem in mehreren Kantonen aufgrund der verstärkten Auslastung von Schulleitung und Lehrpersonen infolge von Schulreformen verschlechtert.

In der Öffentlichkeitsarbeit der Kantone sind die Empfehlungen von Gesundheitsförderung Schweiz und von vergangenen Evaluationen erkennbar. Eine Mehrheit der Kantone stützt sich auf ein Kommunikationskonzept ab, nutzt bereits vorhandene Materialien und richtet die Öffentlichkeitsarbeit nach standardisierten Botschaften aus. Dennoch besteht weiterhin ein Bedarf an einer verstärkten Abstimmung zwischen der Öffentlichkeitsarbeit auf kantonaler und nationaler Ebene. Gesundheitsförderung Schweiz hat 2012 konkrete Massnahmen ergriffen, um die Zusammenarbeit mit den KAP im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern.

Dem Querschnittsthema Chancengleichheit wird in den KAP über alle Aktivitäten hinweg mehr Bedeutung eingeräumt. So ist beispielsweise der Anteil an Modulprojekten, welche den Aspekt der Chancengleichheit berücksichtigen, zwischen 2009 und 2011 deutlich von 20 auf 35 Prozent gestiegen. Im Fokus der KAP-Aktivitäten steht jedoch primär die Migrationsbevölkerung. Andere sozioökonomisch benachteiligte Gruppen wie Einkommensschwache und Bildungsferne werden bisher noch zu wenig berücksichtigt.

Die 21 Kantonalen Aktionsprogramme (KAP) werden nach wie vor in 22 Kantonen durchgeführt (Stand Dezember 2011). Damit können potenziell über 96 Prozent der Schweizer Bevölkerung mit den Kantonalen Aktionsprogrammen erreicht werden. Die 22 Kantone (CHF 10,2 Mio.) und Gesundheitsförderung Schweiz (CHF 4,6 Mio.) haben im Erhebungsjahr 2011 insgesamt 14,8 Millionen Franken in die KAP investiert.

Mit den im Rahmen der Selbstevaluation eingesetzten Erhebungsinstrumenten können Wirkungen nur punktuell erfasst werden. Relativ gute Daten stehen bezüglich Zielgruppenerreichung zur Verfügung. So haben die wichtigsten und am meisten verbreiteten Modulprojekte im Jahr 2011 rund 130 000 Kinder und Jugendliche sowie 2500 Multiplikatoren erreicht. Bezüglich Wirkungen auf Ebene Wissen, Einstellung und Verhalten bei Kindern und Jugendlichen sowie Multiplikatoren (Outcome) liegen nur punktuelle Informationen aus Projektevaluationen vor. Sie zeigen ein verbessertes Bewegungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen sowie die Nutzung von neu gewonnenem Wissen im Berufsalltag durch Multiplikatoren. Gemäss dem BMI-Monitoring konnte der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher insgesamt sowie in sozioökonomisch benachteiligten Gruppen stabilisiert werden (Impact). Ein Zusammenhang mit den vielfältigen Präventionsanstrengungen im Rahmen der KAP kann vermutet, jedoch durch die Selbstevaluation nicht belegt werden.

Aus den vergangenen vier Jahren ergeben sich Herausforderungen, die in der zweiten Phase der KAP angegangen werden sollten. Erfahrungen aus anderen Präventionsbereichen zeigen, dass Erfolge ein längerfristiges Engagement erfordern. Es gilt darum bereits jetzt, auf Ebene Gesundheitsförderung Schweiz und Kantone Überlegungen anzustellen, wie die Entscheidungsträger in einem dem Thema gegenüber zunehmend übersättigten Umfeld für die Fortführung der Programme sowie die nachhaltige Sicherung der Projekte und Massnahmen gewonnen werden können. Für die Überzeugungsarbeit sind Evaluationen, welche die Wirkungen der Kantonalen Aktionsprogramme bei den Zielgruppen belegen, von Bedeutung. Als wirkungsvoll dürften sich einerseits Massnahmen erweisen, welche die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen breit erfassen, wie beispielsweise im Feld der Vorschule und Schule. Andererseits dürften die Wirkungen bei besonders von Übergewicht betroffenen sozioökonomisch benachteiligten Gruppen besonders gross sein. Sowohl für diese Gruppen als auch für die Schulen gilt es, erfolgreiche Massnahmen weiterzuentwickeln respektive zu verbreiten.

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Kantonalen Aktionsprogramme für ein gesundes Körpergewicht (KAP) kurz vorgestellt und die aktuelle Evaluationsphase erläutert. Dazu werden die Ziele und Fragestellungen des Syntheseberichts sowie das methodische Vorgehen einschliesslich seiner Chancen und Grenzen beschrieben. Ebenso wird der Berichtsaufbau skizziert.

1.1 Die kantonalen Aktionsprogramme

Bei den Kantonalen Aktionsprogrammen handelt es sich um mehrjährige Programme zur Förderung von gesundem Körpergewicht. Sie wurden im Jahr 2007 von Gesundheitsförderung Schweiz mit einer ersten Gruppe von sieben Kantonen initiiert. Mit Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz starteten in der Folge in jährlichen Abständen drei weitere Gruppen von Kantonen, sodass im Jahr 2011 insgesamt 22 Kantone mit 21 KAP beteiligt waren.[1] Mit den KAP sollen in den Kantonen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um der Übergewichtsproblematik bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 16 Jahren entgegenzuwirken.

Zentrales Element der KAP ist die Strukturierung nach vier Ebenen. Die Modulebene umfasst zielgruppenspezifische Projekte und Interventionen. Die Policyebene bezieht sich auf meist strukturelle Massnahmen, die flächendeckend und über die KAP-Dauer hinaus angelegt sind. Bei der Vernetzung handelt es sich sowohl um eine intra- als auch eine interkantonale Vernetzung der relevanten Akteure. Die Öffentlichkeitsarbeit dient einerseits der Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema gesundes Körpergewicht und andererseits der Bekanntmachung der KAP. Ein ausführliches Porträt der KAP findet sich in den beiden vorhergehenden Berichten sowie auf der Internetseite von Gesundheitsförderung Schweiz.[2]

Die KAP werden einer umfassenden Evaluation unterzogen. Zentraler Bestandteil sind dabei Selbstevaluationen, welche durch Interface mittlerweile in der dritten Evaluationsphase begleitet werden.[3]

1.2 Die Evaluationsphase 2010/2011

Die aktuelle Evaluationsperiode umfasst die zwei Jahre 2010 und 2011. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Berichts bezeichnen wir diesen Zeitraum im Bericht kurz als 2011. Aus dem gleichen Grund wird die letzte Evaluationsrunde (vom 1. Oktober 2008 bis 30. September 2009) im Bericht kurz mit 2009 referenziert.

An der aktuellen Evaluationsrunde beteiligten sich alle 22 Kantone der 21 KAP der ersten, zweiten, dritten und vierten Gruppe. Die vorliegende Synthese 2012 fasst die Hauptergebnisse der ersten Phase, also der ersten vier Jahre der KAP von 2007 bis 2011, zusammen und gibt Empfehlungen für die zweite Phase. Im Folgenden gehen wir kurz auf die Ziele und Fragestellungen der Synthese sowie auf das methodische Vorgehen ein.

1.2.1 Ziele und Fragestellungen der Synthese

Hauptziel der begleiteten Selbstevaluation ist es, den Fortschritt der KAP-Umsetzung zu dokumentieren. Die vorliegende Evaluation dient in erster Line der Weiterentwicklung und Steuerung der Kantonalen

[1] 1. Gruppe 2007: AG, BS, JU, LU, NE, SG, ZG; 2. Gruppe 2008: BL, GE, GR, OW/NW, TG, TI, UR, VD, VS; 3. Gruppe 2009: BE, SO, ZH; 4. Gruppe 2010: AR, FR.

[2] Vgl. Interface (2010): Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese 2010 der Umsetzung und der Wirkungen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S. 19 ff. und Interface (2009): Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese der Selbstevaluationen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S. 10 ff. sowie <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>, Zugriff am 27.7.2012.

[3] Das Evaluationskonzept von Gesundheitsförderung Schweiz zur KAP-Strategie wird in der Zwischensynthese 2009 näher ausgeführt, vgl. Interface (2009): Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese der Selbstevaluationen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S. 19 ff.

Aktionsprogramme in ihrer Gesamtheit und kann nur bedingt zur politischen Legitimation im Sinne von Wirkungsnachweisen herangezogen werden. Die Evaluation orientiert sich an einer von Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit der Begleitgruppe und Verantwortlichen aus den Kantonen im Jahr 2011 entwickelten Liste mit mittelfristigen Zielen und Indikatoren zur Beurteilung des Fortschritts der KAP (vgl. Tabelle DA 1 im Anhang). Diese beziehen sich auf die zweite Phase der KAP im Zeitraum von 2012 bis 2015. Neben der Standortbestimmung hinsichtlich der definierten Ziele werden im vorliegenden Bericht folgende sechs Fragen beantwortet:

- Frage 1: Wie ist der gesellschaftliche und politische Kontext zu beurteilen, in welchem die Kantonalen Aktionsprogramme agieren? Welches sind fördernde und hemmende Faktoren?
- Frage 2: Wie ist die Erreichung der einzelnen Ziele zu beurteilen?
- Frage 3: Wie verläuft die Umsetzung der Kantonalen Aktionsprogramme auf den vier Ebenen (Policy, Module, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit)? Welches sind die Stärken und Schwächen?
- Frage 4: Wie sind die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz zu bewerten?
- Frage 5: Was kostet die Umsetzung insgesamt und verteilt auf die vier Ebenen und das Projektmanagement?
- Frage 6: Wie gut werden die Zielgruppen der KAP erreicht und sind Hinweise auf Wirkungen erkennbar?

1.2.2 Methodisches Vorgehen

Der Synthesebericht stützt sich auf eine breite Datenbasis. Die wichtigsten Grundlagen bilden die Selbstevaluationen und die Kostenerfassungsformulare der KAP-Verantwortlichen, ergänzt durch Gespräche sowie weitere Erhebungen. Folgende acht Datenquellen wurden verwendet:

- *Selbstevaluationsraster 2010 und 2011:* Diese wurden von den KAP-Verantwortlichen ausgefüllt und durch Gesundheitsförderung Schweiz konsolidiert und an Interface weitergeleitet. Im Vergleich zu den Vorjahren war das Raster gekürzt worden.
- *Projektliste:* Basierend auf Angaben in den Selbstevaluationsrastern und weiteren Programmunterlagen der Kantone sowie internem Wissen war von Gesundheitsförderung Schweiz eine Auflistung aller Modulprojekte und Policymassnahmen erstellt worden. Diese Liste zeigt den Stand Ende 2011 und enthält eine Reihe von Kategorisierungen, die von Gesundheitsförderung Schweiz vorgenommen wurden (Fokus, Ansatz, Inhalte, Handlungsfelder, Multiplikation, Stand der Umsetzung, Chancengleichheit, Qualität, Beteiligungen der Projekte/Massnahmen). Interface stützt sich für die quantitativen Auswertungen auf der Modulebene mehrheitlich auf diese Liste.
- *Kostenerfassungsformulare 2010 und 2011:* Diese wurden von den KAP-Verantwortlichen in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz ausgefüllt und durch Interface Politikstudien aufbereitet.[4] Diese Datenbasis ist sehr heterogen, was hauptsächlich auf unterschiedliche Kostenerfassungsprozesse in den Kantonen zurückzuführen ist. Insbesondere sind die Zuteilung auf die Programmebenen und die Erfassung des Personalkostenanteils schwierig und der Beitrag externer Sponsoren oft unklar. Daher mussten die erhobenen Angaben zum Teil anhand von Schätzungen (basierend auf Angaben aus den Vorjahren und/oder auf dem Mittel über alle Kantone) ergänzt oder korrigiert werden. Für Auswertungen auf der übergeordneten Ebene werden die Investitionen (Kosten) einschliesslich eines geschätzten Gemeinkostenanteils berechnet.[5] Die Auswertungen auf Modulprojektebene werden ohne geschätzte Gemeinkosten dargestellt, da bei den Modulprojekten häufig Leistungsaufträge vergeben werden und daher die Ausgaben für Personal in den Kosten bereits enthalten sind. Zudem ist die Datenlage hinsichtlich des Personalkostenanteils auf dieser Ebene problematisch.

[4] In den Vorjahren wurde dies vom Winterthur Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) übernommen.

[5] Unter Gemeinkosten verstehen wir Kosten im Rahmen der KAP, die nicht direkt dem KAP zugerechnet werden können (bspw. Kosten für den Arbeitsplatz eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin. Der Gemeinkostenanteil wurde als ein Aufschlag von 50 % auf die Personalkosten geschätzt.

– *Evaluationsgespräche mit KAP-Verantwortlichen:* Interface führte mit den operativen und strategischen Leitungen der KAP in allen beteiligten Kantonen leitfadengestützte Gespräche. Diese dienten hauptsächlich dazu, Informationen hinsichtlich der definierten Ziele und Indikatoren ergänzend zu den Angaben aus dem Selbstevaluationsraster zu sammeln. Zusätzlich wurde erstmals ein Gruppengespräch mit den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz geführt mit dem Ziel, eine übergeordnete Einschätzung zur Standortbestimmung hinsichtlich der definierten Ziele und Indikatoren zu erfassen.
– *Fragenkatalog:* Vorbereitend für die Evaluationsgespräche füllten die Verantwortlichen der KAP in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz je einen Fragenkatalog aus. Dieser diente hauptsächlich dazu, bestimmte Indikatoren faktenorientiert zu quantifizieren oder zu vertiefen.
– *Zahlen zur Zielgruppenerreichung:* Gesundheitsförderung Schweiz erfasste Zahlen zur Erreichung von Zielgruppen für rund 20 Projekte, die hierfür als besonders wichtig erachtet wurden. Interface wertete diese in Verbindung mit der Projektliste und den Kostendaten aus. Hierbei handelt es sich um eine Hochrechnung der tatsächlichen Zielgruppenerreichung.
– *Weitere Statistiken:* Von Gesundheitsförderung Schweiz wurden weitere Daten wie das BMI- und das Politmonitoring zur Verfügung gestellt.
– *Workshop mit den KAP-Verantwortlichen:* Die Auswertungen der verschiedenen Erhebungen wurden zusammengefasst und die wichtigsten Ergebnisse mit den KAP-Verantwortlichen im Rahmen eines Workshops validiert. Aufgrund der Diskussionen wurden der Bericht und die Zusammenfassung punktuell ergänzt. Der Workshop wurde zudem genutzt, um Empfehlungen gemeinsam mit den KAP-Verantwortlichen zu entwickeln.

1.2.3 Chancen und Grenzen des methodischen Vorgehens

In der Tabelle D 1.1 sind die wichtigsten Chancen und Grenzen des methodischen Vorgehens beschrieben. Eine ausführliche Darstellung der Grenzen dieser Art von Evaluation findet sich in der Zwischensynthese 2010.[6]

– *Ausrichtung:* Die vorliegende Synthese bietet einen Blick in die Breite über alle Kantonalen Aktionsprogramme hinweg. Vertiefungen und detaillierte Aussagen zu den einzelnen KAP werden nicht gemacht. Dadurch ist der unmittelbare Nutzen auf operativer Ebene nicht immer ersichtlich.
– *Daten und Perspektiven:* Der Einbezug verschiedener Datenquellen und der unterschiedlichen Perspektiven der KAP-Verantwortlichen der Kantone und bei Gesundheitsförderung Schweiz gewährleistet eine umfassende Beurteilung der Kantonalen Aktionsprogramme. Die Selbstangaben sind jedoch teilweise heterogen und spiegeln unter-

D 1.1: Chancen und Grenzen des methodischen Vorgehens

Chancen	Grenzen
Übergeordneter Blick über alle KAP hinweg	Keine detaillierten Aussagen zu jedem KAP
Umfassende Beurteilung der KAP dank unterschiedlicher Daten und Perspektiven	Vorsichtige Interpretation quantitativer Auswertungen aufgrund der grossen Heterogenität
Gute Grundlage zur Beurteilung der Fortschritte bei der Umsetzung	Lückenhafte Beurteilung der Wirkungen mit den bestehenden Erhebungsinstrumenten
Gute Soll-Ist-Vergleiche	Eingeschränkte Längsschnitt- und Quervergleiche

Quelle: eigene Darstellung

[6] Interface (2010): Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese 2010 der Umsetzung und der Wirkungen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S. 18 f.

schiedliche Perspektiven der Beteiligten beispielsweise hinsichtlich des Verständnisses der Ebenen der KAP wider. Insbesondere in den Gruppendiskussionen im Rahmen des Workshops wurden teilweise Einzelmeinungen geäussert, welche nicht systematisch im Plenum validiert wurden. Zudem müssen quantitative Auswertungen mit Vorsicht interpretiert werden.

- *Ergebnisse:* Mit den eingesetzten Erhebungsinstrumenten lassen sich die Umsetzung und die Leistungen der KAP gut beurteilen. Die Instrumente erlauben jedoch nur eine lückenhafte Beurteilung der Wirkungen.
- *Vergleiche:* Die Gegenüberstellung der von Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit interessierten Kantonen formulierten Ziele und Indikatoren (Soll) (vgl. Liste DA 1 im Anhang) und der realen Entwicklung der Kantonalen Aktionsprogramme (Ist) kann mittels der durchgeführten Erhebungen gut gewährleistet werden. Ein Längsschnittvergleich ist zum jetzigen Zeitpunkt nur beschränkt möglich. Zwar wurden bereits 2009 gewisse Daten von Gesundheitsförderung Schweiz und Interface erfasst, beispielsweise zum Anteil multiplizierter, struktureller und chancengleicher Projekte. Gewisse Daten fehlen jedoch gänzlich und aufgrund der durch Weiterentwicklungen der Evaluation zustande gekommenen unterschiedlichen Erhebungsweise im Jahr 2009 und 2011 müssen die Längsschnittvergleiche im Bericht mit Vorsicht interpretiert werden. Sie geben jedoch einen guten Anhaltspunkt im Sinne von Grössenordnungen. Die in der Zusammenfassung des Berichts vorgenommene Standortbestimmung bezüglich Erreichung der definierten Ziele ist aus diesem Grund in erster Linie als «Nullmessung» zu verstehen. Auf Quervergleiche zwischen Kantonen wurde im vorliegenden Bericht verzichtet.
  Zu illustrativen Zwecken werden einzelne lehrreiche Projekte beschrieben.

1.2.4 Aufbau des Berichts

Der Bericht ist in vier Teile gegliedert. Nach diesem einleitenden Kapitel werden im Kapitel 2 die Ergebnisse zur Umsetzung der KAP präsentiert. Im Kapitel 3 wird auf die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz eingegangen, die sie den Kantonen für deren Umsetzung der Kantonalen Aktionsprogramme zukommen lässt. Im Kapitel 4 werden einzelne Wirkungshinweise beschrieben. Die zusammenfassende Gesamtbeurteilung und die Empfehlungen werden dem Bericht vorangestellt.

Abschliessend möchte sich das Team von Interface bei den KAP-Verantwortlichen in den Kantonen für die Unterstützung bei der Datenbeschaffung und die Auskünfte herzlich bedanken. Die Evaluationsgespräche gestalteten sich offen und kooperativ und für Rückfragen standen die Programmleitungen jederzeit zur Verfügung. Des Weiteren gilt unser Dank den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz für die konstruktive und unkomplizierte Zusammenarbeit.

2 Umsetzung der KAP

Das zweite Kapitel ist der Umsetzung der KAP in den Jahren 2010 und 2011 gewidmet. Mittlerweile werden Kantonale Aktionsprogramme in 22 Kantonen durchgeführt. Seit der letzten Zwischensynthese im Jahr 2009 haben vier weitere Kantone ein KAP lanciert. Die im Jahr 2011 beteiligten Kantone decken potenziell 96 Prozent der in der Schweiz lebenden Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahre ab (2009 waren es 60 %).[7]
Im Erhebungszeitraum sind die KAP in mehreren Kantonen zu einer wichtigen Vorlage für die Entwicklung von anderen Schwerpunktprogrammen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention geworden. Als Erfolgsmodell gelten die KAP aus mehreren Gründen:

- *Partizipatives nationales und kantonales Programm:* Die Kantonalen Aktionsprogramme bilden das erste nationale Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm, welches in einem partizipativen Prozess gemeinsam von einem nationalen Akteur – Gesundheitsförderung Schweiz – und den Kantonen koordiniert wird.
- *Einheitlicher und doch flexibler Rahmen:* Die Kantonalen Aktionsprogramme bilden einen einheitlichen konzeptuellen Rahmen für alle Kantone und sorgen dadurch für eine vergleichbare Qualität der Programme. Gleichzeitig bietet dieser Rahmen genügend Flexibilität für die Anpassung an lokale Gegebenheiten.
- *Aktivitäten auf vier Ebenen:* Massnahmen auf allen vier Ebenen sind für den Programmerfolg entscheidend. Durch die Vernetzung mit relevanten Partnern in der Verwaltung, den Gemeinden, Fach- und Multiplikatorenorganisationen kann Rückhalt für das Programm gewonnen und die Umsetzung von Aktivitäten vorangetrieben werden. Durch die Modulprojekte kann die Begeisterung für die Themen Bewegung und Ernährung bei Multiplikatoren und Zielgruppen geweckt werden. Die Zufriedenheit der Teilnehmenden sowie weitere Erfolge können im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sichtbar gemacht werden. Durch die erfolgreiche Vernetzungs-, Projekt- und Öffentlichkeitsarbeit kann das politische Lobbying erleichtert werden, welches sich für die Implementierung von Policymassnahmen und die nachhaltige Sicherung der Modulprojekte nutzen lässt.
- *Wissenszuwachs:* Durch die Kantonalen Aktionsprogramme haben die für Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Verantwortlichen an Know-how gewonnen, wie beispielsweise der Zugang zu den Schulen und Gemeinden hergestellt werden kann.

Nach diesen einleitenden, generellen Bemerkungen zur Umsetzung der Kantonalen Aktionsprogramme wird nachfolgend im Detail die Entwicklung des Kontextes, der Massnahmen auf den Ebenen Policy, Module, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und im Bereich der Chancengleichheit sowie der Investitionen beschrieben.

2.1 Kontext

In diesem Abschnitt wird der gesellschaftliche und politische Kontext der Kantonalen Aktionsprogramme beschrieben. Jeweils rund die Hälfte der KAP-Verantwortlichen schätzt, dass sich das Umfeld für das Thema gesunde Ernährung, Bewegung und Körpergewicht positiv respektive negativ entwickelt hat. In der Tabelle D 2.1 sind die zentralen Kontextfaktoren wiedergegeben, die von den KAP-Verantwortlichen der Kantone genannt wurden.

- *Stellenwert des Themas:* Einige KAP-Verantwortliche sind der Meinung, dass das Thema gesunde Ernährung, Bewegung und Körpergewicht an Bedeutung gewonnen hat und in der Bevölkerung sowie in den Medien auf Interesse stösst. Andere KAP-Verantwortliche haben dagegen eine gewisse

[7] Vgl. BFS: Excel-Tabelle Ständige Wohnbevölkerung (Total) nach Kantonen und Alter, 2009. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/data/01.Document.67205.xls>, Zugriff am 10.6.2012.

Übersättigung dem Thema gegenüber ausgemacht, was sich in einer geringeren Medienpräsenz und einer zunehmend negativen Berichterstattung äussere. Die Übergewichtsproblematik werde bagatellisiert und die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen würden als wirkungslos, stigmatisierend und bevormundend wahrgenommen.

- *Politische Unterstützung:* Einige Kantonale Aktionsprogramme profitieren von einer guten Unterstützung durch einen oder mehrere für das KAP zuständige Regierungsräte. In einem Kanton ist das Thema eine Priorität der Regierung für die nächsten vier Jahre. In einem anderen Kanton trägt das neue Gesundheitsgesetz zu einer generellen Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention bei, von der auch das KAP profitieren kann. Auch in gewissen kantonalen Parlamenten werden die Themen Ernährung und Bewegung beispielsweise durch Interpellationen unterstützt. Einzelne Kantonale Aktionsprogramme leiden dagegen unter der oben beschriebenen Infragestellung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen, der geringen Einflussnahme auf politische Prozesse sowie dem Spardruck. Ihnen fehlt die politische Unterstützung des zuständigen Regierungsrates oder des Kantonsparlamentes.
- *Zusammenarbeit mit der Verwaltung:* Verschiedene KAP arbeiten sehr gut mit Verwaltungsstellen und anderen Schwerpunktprogrammen im Kanton zusammen. Die Ansiedlung der KAP innerhalb respektive ausserhalb der Verwaltung wird kontrovers diskutiert. Innerhalb der Verwaltung sind die Wege kürzer und der Informationsfluss zwischen Verwaltungsstellen besser. Dafür verfügen die KAP gerade in der Öffentlichkeitsarbeit über weniger Freiheit als eine externe für die operative Umsetzung der KAP zuständige Organisation.

D 2.1: Genannte Kontextfaktoren der KAP

Zentrale Kontextfaktoren
Hoher respektive tiefer Stellenwert des Themas
Grosse respektive geringe politische Unterstützung
Gute respektive schlechte Zusammenarbeit mit der Verwaltung

Quelle: Evaluationsgespräche mit KAP-Verantwortlichen der Kantone

Insgesamt hat sich seit der Lancierung der Kantonalen Aktionsprogramme der gesellschaftliche und politische Kontext tendenziell eher verschlechtert. Dies dürfte unter anderem auf die im Evaluationszeitraum laufenden Diskussionen im Zusammenhang mit dem Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung und den anhaltenden Spardruck im gesamten Gesundheitsbereich zurückzuführen sein.

2.2 Policy

Die Policyebene umfasst strukturelle Massnahmen, die auf eine flächendeckende Erfassung der Zielgruppen ausgerichtet sind, über die KAP-Dauer hinaus wirken und materiell in einer kantonalen Bestimmung (Gesetz, Verordnung, Reglement, Lehrplan, Empfehlung usw.) verankert sind. Die Auswertung der Selbstevaluationsraster und der Gespräche mit den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz und der Kantone zeigt eine relativ flexible Handhabung dieser Definition in der Praxis. Die Diskussionen im Rahmen des Workshops zeigen, dass dieses Vorgehen von den KAP-Verantwortlichen begrüsst wird, da es eine Anpassung der Massnahmen an die Realitäten im Kanton erlaubt. Die Wirksamkeit und Realisierbarkeit möglichst verbindlicher Vorgaben ist umstritten. So werde durch eine Gesetzesänderung oder ein neues Reglement alleine keine wirksame Umsetzung garantiert. Dafür seien Kontrollen und Sanktionen notwendig, welche die Möglichkeiten der Kantonalen Aktionsprogramme übersteigen. Im Workshop zeigte sich entsprechend ein Bedarf, ein von allen Beteiligten geteiltes Verständnis der Policymassnahmen zu entwickeln. Bei der Interpretation der Ergebnisse orientiert sich dieser Bericht an der ursprünglichen Definition der Policymassnahmen. Nachfolgend werden zuerst die politische Unterstützung für Policymassnahmen und danach die Fortschritte bei der Implementierung auf strategischer und operativer Ebene beschrieben.

Vertretende von Politik und Verwaltung setzen sich für Bewegungsräume und gesunde Ernährung ein

In den Parlamenten von 16 Kantonen wurden vorwiegend parlamentarische Vorstösse zum Thema Sport und Bewegungsförderung eingereicht.[8] Nach Angaben der KAP-Verantwortlichen im Fragenkatalog hat der Regierungsrat in sechs Kantonen Einsitz in einem Gremium, welches sich mit übergeordneten Fragen im Zusammenhang mit den Kantonalen Aktionsprogrammen beschäftigt. Im Falle eines Kantons handelt es sich dabei um eine Steuergruppe. Tendenziell haben Regierungsräte eher in kleineren Kantonen Einsitz in ein KAP-übergeordnetes Gremium. In grösseren Kantonen ist das KAP dafür zu weit unten in der kantonalen Hierarchie angesiedelt. Anstelle von Regierungsräten beteiligen sich in grossen Kantonen häufig Mitarbeitende verschiedener Departemente an KAP-Gremien. Amtsleitende engagieren sich in zehn Kantonen in der KAP-Steuergruppe, in sechs Kantonen in der KAP-Begleitgruppe und in drei Kantonen in einem weiteren KAP-übergeordneten Gremium. In drei Kantonen sind Amtsleitende in zwei KAP-übergeordneten Gremien und in sechs Kantonen in keinem KAP-übergeordneten Gremium vertreten.

Der Einsatz von Politik und Verwaltung für die Themen Bewegung und Ernährung wird auf strategischer Ebene sichtbar

Der Einsatz von Politik und Verwaltung für die Themen Bewegung und Ernährung auf strategischer Ebene zeigt sich auf drei Arten:

- *Politische Strategiepapiere:* Gemäss den von den KAP-Verantwortlichen ausgefüllten Fragenkatalogen sind die beiden Themenbereiche in elf Kantonen in einen Regierungsratsbeschluss, in acht Kantonen in ein Rahmenprogramm und in sechs Kantonen in einen Politplan eingeflossen. In elf Kantonen sind Bewegung und Ernährung Gegenstand von weiteren strategischen Grundlagen (z. B. Konzept für Gesundheitsförderung, Sportkonzept, Gesundheitsbericht usw.). Mit Ausnahme eines Kantons verfügen alle Kantone über politische Strategiepapiere mit den Themen Bewegung und Ernährung. In vier Kantonen werden die Themen in drei und in acht Kantonen in zwei Strategiepapieren thematisiert.
- *Interdepartementale Entscheide:* Die Auswertung der Fragenkataloge zeigt, dass es in 18 Kantonen interdepartementale Entscheide zugunsten von Bewegung, Ernährung und gesundem Gewicht gibt. In den meisten dieser Kantone wurden zwischen zwei und vier interdepartementale Entscheide getroffen. Über alle KAP hinweg konnten 42 interdepartementale Entscheide identifiziert werden. Davon fallen 20 auf gemeinsame Entscheide des Gesundheits- und des Erziehungsdepartements. Wesentlich weniger Entscheide fielen vom Gesundheitsdepartement zusammen mit anderen Departementen. Mit dem Sportdepartement wurden fünf, mit dem Baudepartement vier, mit dem Wirtschaftsdepartement drei und mit dem Sozialdepartement zwei interdepartementale Entscheide gefällt. In acht Kantonen hat die Gesamtregierung (alle Departemente) über eine Weiterführung der KAP nach 2011 entschieden.
- *Entscheid über Weiterführung der KAP:* Gemäss Aussagen der KAP-Verantwortlichen in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz haben die meisten Regierungen der ersten und zweiten Gruppe der Kantone entschieden, die Kantonalen Aktionsprogramme für weitere vier Jahre fortzuführen. Lediglich in zwei Kantonen, welche bisher ein Programm geteilt haben, wurde gänzlich auf die Weiterführung verzichtet. In einem weiteren Kanton wurde das Programm stark redimensioniert.

Der Einsatz von Politik und Verwaltung spiegelt sich nur bedingt in Fortschritten auf operativer Ebene wider

Die Auswertung der Projektliste von Gesundheitsförderung Schweiz zeigt seit der letzten Evaluationsrunde eine Zunahme der Anzahl Policymassnahmen auf. Im Jahr 2011 waren in den 21 KAP 70 Policymassnahmen vorgesehen, pro KAP minimal eine bis maximal sieben.[9] Im Jahr 2009 waren es in 16 KAP nur 21 Poli-

[8] Rielle, Y.; Hanimann, A.; Wiesli, R. (2011): Gesundheitspolitisches Monitoring in Bund, Kantonen und Städten, Fachstelle für Gesundheitspolitik, Bern.

[9] Vier weitere, ursprünglich geplante Massnahmen waren abgebrochen oder nicht umgesetzt worden.

cymassnahmen. Auch im Vergleich zur Anzahl Modulprojekte haben die Policymassnahmen an Gewicht gewonnen. Während 2009 auf eine Policymassnahme acht Modulprojekte kamen (21 Massnahmen versus 177 Projekte), betrug dieses Verhältnis 2011 nur noch eins zu drei (70 Massnahmen versus 214 Projekte). Allerdings sind noch wenige der geplanten Policymassnahmen in Kraft getreten. Von den 70 Policymassnahmen sind 54 noch geplant respektive im Aufbau begriffen (77 %), 16 sind bereits in Kraft (23 %). Diese 16 Massnahmen werden in neun Kantonen der ersten und zweiten Gruppe umgesetzt. In der Tabelle D 2.2 wird der Charakter dieser 16 Policymassnahmen in Bezug auf ihre Verbindlichkeit beschrieben.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist aufgrund von Bemühungen der KAP noch kein Gesetz oder keine Verordnung geschaffen worden. Bei drei in Kraft getretenen Policymassnahmen handelt es sich um verbindliche Reglemente, Weisungen, Richtlinien oder Standards. In einem Fall ist es gelungen, die Themen Bewegung und Ernährung im Lehrplan für die obligatorische Schule zu verankern. Bisher noch nicht gelungen ist eine Verankerung in der Aus- und Weiterbildung der Multiplikatoren. Drei Massnahmen konnten in ein Regelangebot überführt werden. Häufig haben die in Kraft getretenen Massnahmen einen eher unverbindlichen Charakter wie Empfehlungen respektive Leitlinien (7) sowie Labels beziehungsweise Auszeichnungen (2). Noch konnte kein neues institutionalisiertes Vernetzungsgefäss geschaffen werden. Die Erfahrungen der letzten vier Jahre haben dazu geführt, dass Aktivitäten zur Sensibilisierung von Entscheidungsträgern und Politiker/-innen unter der Policyebene aufgeführt werden. Diese Aktivitäten sind zwar nicht Policys an und für sich, aber für deren Implementierung von zentraler Bedeutung. Es handelt sich um laufende Aktivitäten ohne abschliessenden Charakter.

Die verhältnismässig geringen Fortschritte bei der Inkraftsetzung der Policymassnahmen spiegeln sich auch in den Aussagen der KAP-Verantwortlichen. So ist es in einem Drittel der Kantone gelungen, die Implementierung von Policymassnahmen voranzutreiben. In zwei Dritteln der Kantone blieben Erfolge entweder aufgrund der kurzen Dauer des Programms oder eines schwierigen politischen Umfeldes aus. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es entsprechend ungewiss, wie viele der Massnahmen bis zum Abschluss der zweiten Phase der Programme in vier Jahren breitenwirksam und nachhaltig verankert werden können. Als für die Implementierung von Policymassnahmen hinderlich erweist sich die Tatsache, dass die KAP nur geringen Einfluss auf die Entscheide zugunsten von Policymassnahmen haben. Dies kann einerseits auf die tiefe hierarchische Stel-

D 2.2: Charakter der 16 in Kraft getretenen Policymassnahmen

Charakter der Policymassnahme	Anzahl	
Gesetz, Verordnung	0	Hoch
Reglement, Weisung, Richtlinie, Standards usw.	3	
Verankerung in Lehrplan/Curriculum/Lernziele (obligatorische Schulzeit)	1	
Verankerung in Aus-/Weiterbildung von Multiplikatoren	0	
Überführung in Regelangebot, Leistungsvereinbarung o.ä.	3	
Empfehlungen, Leitlinien usw.	7	
Label, Auszeichnung	2	
Neues Vernetzungsgefäss (institutionalisiert)	0	
Sensibilisierung von Entscheidungsträgern/Politiker/-innen	0	Tief

Verbindlichkeit

Quelle: Projektliste Gesundheitsförderung Schweiz

lung der KAP-Leitenden in der Verwaltung zurückzuführen sein. Andererseits liegt die Entscheidkompetenz häufig nicht bei den im Gesundheitsdepartement angesiedelten KAP, sondern bei Akteuren wie Erziehungsdepartementen und Gemeinden. Es ist daher wichtig, dass weiterhin gute Kontakte zu Erziehungsdepartement und Gemeinden gepflegt werden. Aus den Gesprächen mit den KAP-Verantwortlichen geht zudem hervor, dass erfolgreiche Massnahmen die Bedürfnisse der Multiplikatoren und Zielgruppen gebührend beachten. Es scheint somit zielführend, Policymassnahmen nicht top down, sondern bottom up zu entwickeln und Gelegenheitsfenster zu nutzen.

Luzern: Policymassnahme Förderung freiwilliger Schulsport

Der Luzerner Regierungsrat unterstützt seit Herbst 2011 das Konzept zur Förderung des freiwilligen Schulsports. Ausschlaggebend für diesen Erfolg waren mehrere Gründe. Erstens war im Regierungsrat ein Interesse für das Thema vorhanden. Zweitens konnte sich der ehemalige Programmleiter des KAP in seiner neuen Funktion als kantonaler Beauftragter für Sport und Bewegung für die Förderung des freiwilligen Schulsports einsetzen. Drittens bot die neue Positionierung der kantonalen Sportförderung ein Gelegenheitsfenster für ein entsprechendes Konzept. Inwiefern dieses neue Angebot von den Schulen genutzt wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschliessend beurteilt werden. Vielversprechend scheint einerseits, dass die Schulen für freiwillige Schulsportangebote ab Schuljahr 2012/2013 eine zusätzliche Entschädigung erhalten. Andererseits lässt sich der freiwillige Schulsport ideal mit den schul- und familienergänzenden Tagesstrukturen verknüpfen, die ab Schuljahr 2012/2013 für alle Gemeinden verpflichtend sind. Daraus ergibt sich in den Gemeinden eine Win-win-Situation.

2.3 Module

Die Modulebene umfasst zielgruppenspezifische Projekte und Interventionen. Gemäss der von Gesundheitsförderung Schweiz zusammengestellten Projektliste wurden Ende 2011 insgesamt 214 Modulprojekte in 21 KAP respektive 22 Kantonen umgesetzt. Diese 214 Modulprojekte sind auf 112 Projektkonzepte zurückzuführen (beispielsweise wird das Projektkonzept «Purzelbaum» in 10 Kantonen umgesetzt).[10] Im Jahr 2009 waren es 177 Modulprojekte respektive 108 Projektkonzepte. Im Folgenden beziehen wir uns der besseren Lesbarkeit wegen mit der Bezeichnung «Modulprojekte» auf Umsetzungen von Projekten in den Kantonen. Die Referenzgrösse bilden entsprechend die 214 Modulprojekte. In diesem Abschnitt wird zuerst die Fokussierung der Modulprojekte auf von Gesundheitsförderung Schweiz empfohlene Projekte mit besonderer Qualität beschrieben. Danach wird die Abdeckung zentraler Handlungsfelder in den Modulprojekten erläutert. Schliesslich gehen wir auf die Verankerung der Modulprojekte in bestehenden oder neuen Strukturen ein.

Eine Fokussierung hin zu qualitativ guten Interventionen, welche sich für nachhaltige Verbreitung und Verankerung eignen, ist erkennbar

Für die Evaluation wurden von Gesundheitsförderung Schweiz die nachfolgenden sechs Qualitätsmerkmale zur Identifizierung von Projekten mit besonderer Qualität festgelegt:

- *Empfehlung durch Gesundheitsförderung Schweiz:* Die Empfehlung von Gesundheitsförderung Schweiz stellt ein Qualitätskriterium dar, weil ihr eine eingehende Prüfung des Projektes zugrunde liegt. Von den 214 Modulprojekten können gemäss der Projektliste von Gesundheitsförderung Schweiz 101 auf eine Empfehlung von Gesundheitsförderung Schweiz zurückgeführt werden (47 %). Diese 101 Projekte können auf 29 Projektkonzepte zurückgeführt werden (29 % aller Projektkonzepte).
- *Verhältnisansatz:* Projekte mit besonderer Qualität wirken nicht nur auf das individuelle Verhalten

[10] Bei fünf Modulprojekten gibt es keine Zuordnung.

ein, sondern auch auf das Umfeld, in dem sich die Zielgruppen bewegen und ernähren. Im Jahr 2011 wiesen 69 Prozent der Modulprojekte gemäss der Projektliste von Gesundheitsförderung Schweiz einen Verhältnisansatz auf. Im Jahr 2009 waren es gemäss der Stiftung 56 Prozent.

- *Übergeordnete Projektstruktur:* Eine übergeordnete Projektstruktur im Sinne einer regionalen oder nationalen Trägerschaftsorganisation, wie beispielsweise bei Fourchette verte, FemmesTische und Purzelbaum, bedeutet ein gewisses Mass an Standardisierung und sorgt unter anderem für Koordination, Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie Weiterentwicklung. Daher wurde dieses Kriterium als Qualitätsmerkmal berücksichtigt. 51 Prozent der Modulprojekte weisen eine übergeordnete Projektstruktur auf.
- *Konzept- und/oder Umsetzungsleitfaden:* Ein Konzept respektive Umsetzungsleitfaden garantiert ein zielgerichtetes Vorgehen, welches für die Qualität eines Projektes förderlich ist. 59 Prozent der Modulprojekte verfügen über einen Konzept- oder Umsetzungsleitfaden.
- *Situations- und/oder Bedarfsanalyse respektive Evaluation:* Eine sorgfältige Abklärung der Ausgangssituation und des Bedarfs ermöglicht zweckmässige Interventionen. In den KAP konnten jedoch nur in wenigen Projekten explizite Situations- beziehungsweise Bedarfsanalysen identifiziert werden. Besser ist die Situation im Bereich der Evaluationen, welche durch Optimierungen bei der Projektsteuerung beziehungsweise durch die Überprüfung der Wirkungen zur Qualität der Projekte beitragen können. Bei rund 52 Prozent der Projekte wurde eine Selbstevaluation oder eine Fremdevaluation durchgeführt. Es zeigte sich, dass ein Modulprojekt, das in mehreren KAP eingesetzt wird, zum Teil auch mehrfach evaluiert wird. Der Anteil von evaluierten Projekten ist bei den KAP der dritten und vierten Gruppe höher als bei den KAP der ersten und zweiten Gruppe.
- *Multiplikation:* Die Multiplikation von Projekten trägt zur Qualität bei, weil es sich dabei um Interventionen handelt, die sich in der Praxis als erfolgreich und wirksam erwiesen haben. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 61 Prozent der Modulprojekte multipliziert.[11]

Als qualitativ besonders gut wurden Projekte mit mindestens fünf dieser sechs Qualitätsmerkmale bewertet. Von den 214 Modulprojekten weisen 97 mindestens fünf Qualitätsmerkmale auf (45 %). In diese Modulprojekte mit besonderer Qualität wurden im Jahr 2011 rund drei Millionen Franken investiert. Das entspricht rund der Hälfte der Investitionen in die Modulebene und rund einem Drittel der Investitionen in alle vier Ebenen und das Programmmanagement.[12]

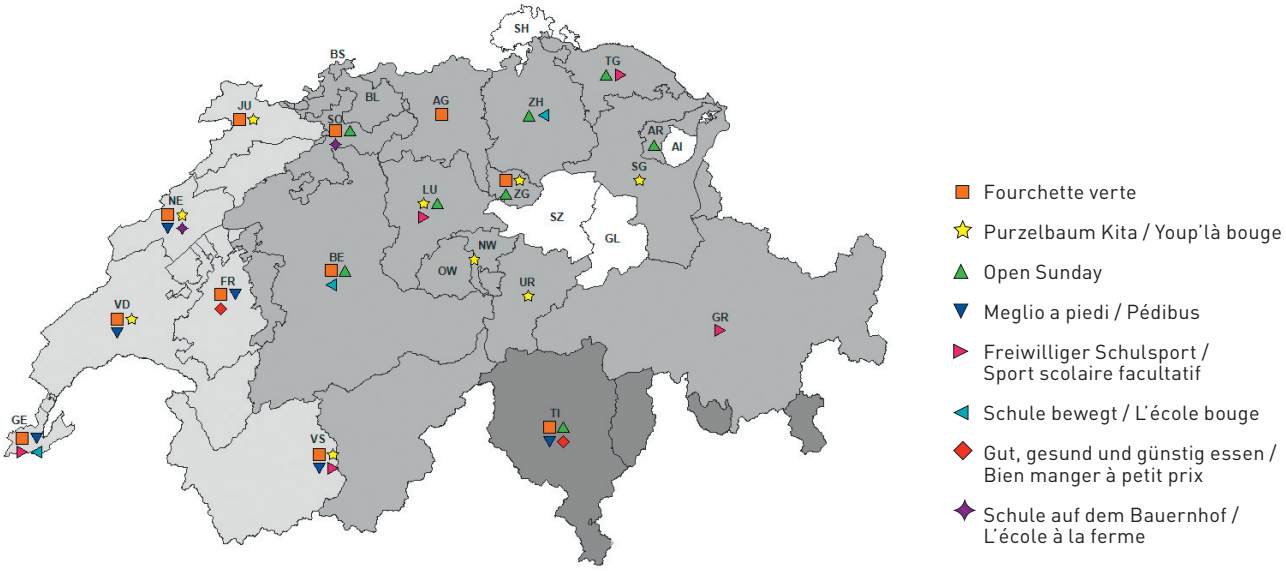
Da die Qualitätsmerkmale für die Modulprojekte erstmals für das Jahr 2011 standardisiert für die Auswertung festgelegt wurden, ist ein direkter Vergleich zur Vorperiode nicht möglich. Aus Sicht der KAP-Verantwortlichen von Gesundheitsförderung Schweiz wird insbesondere in der zweiten KAP-Phase eine Fokussierung auf Modulprojekte mit besonderer Qualität sichtbar werden, da in die Kriterien der Mittelvergabe Lernerfahrungen aus der ersten Phase eingeflossen sind. Eine Verbesserung der Qualität insgesamt sei jedoch auch bereits jetzt spürbar, wobei unter anderem auch Suisse Balance ein positiver Beitrag zugeschrieben wird. So wird gemäss Projektliste von Gesundheitsförderung Schweiz fast ein Viertel der multiplizierten Projekte von Suisse Balance auf übergeordneter Ebene finanziell und/oder fachlich unterstützt.

Für Gesundheitsförderung Schweiz stellt die Multiplikation von Projekten eine wichtige Strategie dar, um Projekte mit besonderer Qualität zu fördern. Dass dies gelingt, zeigt ein Vergleich zwischen der ersten und zweiten Gruppe der Kantone mit einem Anteil von 56 Prozent multiplizierter Projekte sowie der dritten und vierten Gruppe mit einem Anteil von

[11] Hier werden multiplizierte, transferierte und Originalprojekte subsumiert. Als multipliziert gelten Modulprojekte, die über Kantonsgrenzen hinweg oder durch interkantonale Zusammenarbeit verbreitet werden (z. B. Paprica, Youp'là bouge). Originalprojekte sind Projekte, welche als Basis für eine solche Multiplikation dienten. Transferierte Projekte sind multiplizierte Projekte, die angepasst wurden, z. B. auf ein neues Setting oder eine andere Zielgruppe (z. B. Youp'là bouge, Purzelbaum Kita).

[12] Die Berechnungen auf Ebene der Modulprojekte erfolgen ohne geschätzten Gemeinkostenanteil.

D 2.3: Modulprojekte in mehreren Sprachregionen (Stand 2011)



Quelle: Projektliste und Rücksprache Gesundheitsförderung Schweiz
Hellgrau: Hauptsprache Französisch; mittelgrau: Hauptsprache Deutsch; dunkelgrau: Hauptsprache Italienisch.
Dargestellt sind Modulprojekte/Policymassnahmen, die 2011 im Rahmen der KAP mindestens über eine Sprach- und Kantonsgrenze hinaus verbreitet wurden. Es ist zu beachten, dass manche der genannten Projekte auch in anderen als den markierten Kantonen, erst im Jahr 2012 oder ausserhalb der KAP, umgesetzt werden.

71 Prozent multiplizierter Projekte. Die ersten beiden Gruppen haben eine Vorreiterrolle bei der Entwicklung der Kantonalen Aktionsprogramme gespielt, von der die nachfolgenden Gruppen profitieren können.

Seit der letzten Evaluationsrunde zeichnen sich auch Fortschritte bei der Verbreitung der Modulprojekte über die Sprachgrenzen hinweg ab. Rund ein Fünftel der Modulprojekte wird in mindestens zwei Sprachregionen umgesetzt. Die Darstellung D 2.3 zeigt, welche acht Projekte in den einzelnen Kantonen umgesetzt werden. Diese sind mit unterschiedlichen Symbolen und Farben gekennzeichnet. Die Grauabstufungen verdeutlichen die drei Sprachregionen Deutsch, Französisch und Italienisch.

Das am häufigsten verbreitete Projekt ist das in der französischen Schweiz entwickelte Label *Fourchette verte.* Neben allen Westschweizer Kantonen setzen auch das Tessin sowie vier Deutschschweizer Kantone das Label ein. Ebenfalls in zwei Sprachregionen gut vertreten ist das baselstädtische Projekt *Burzelbaum.* Es wird in fünf Deutschschweizer und drei Westschweizer Kantonen sowie einem zweisprachigen Kanton durchgeführt. Zusätzlich werden Projekte in mehrsprachigen Kantonen über die Sprachregionen hinweg umgesetzt.

In den Evaluationsgesprächen mit den KAP-Verantwortlichen in den Kantonen haben sich vier fördernde respektive hemmende Faktoren für die Projektmultiplikation herausgeschält (vgl. Tabelle D 2.4), die nachfolgend beschrieben werden.

– *Kontext:* Die Multiplikation von Projekten wird durch einen ähnlichen sprachlichen, kulturellen und strukturellen Kontext gefördert. Multiplikationen über Sprachregionen hinweg werden durch unterschiedliche kulturelle Sensibilitäten und teilweise fehlende Übersetzungen erschwert. Ebenso kann es schwierig sein, ein Projekt aus einem grossen, urbanen Kanton in einem kleinen, ländlichen Kanton zu replizieren. Kantonsspezifische Strukturen, wie zum Beispiel der drei Jahre umfassende Kindergarten im Tessin, können die Multiplikation hemmen.

- *Projektkonzeption:* Aufgrund der grossen sprachlichen, kulturellen und strukturellen Unterschiede zwischen den Kantonen sind Projekte mit einem flexiblen, modulartigen Aufbau, der einfache Anpassungen an die kantonalen Gegebenheiten erlaubt, fördernd für die Multiplikation. Wenn für die Multiplikation hingegen zu rigide Vorgaben bestehen oder grosse Anpassungsleistungen notwendig sind, wirkt sich das hemmend auf die Multiplikation aus.
- *Ressourcen:* Durch die Multiplikation versprechen sich die KAP-Verantwortlichen Ressourceneinsparungen, weil keine Entwicklungskosten entstehen und von den Erfahrungen, Unterlagen, Materialien der Projektkonzipierer profitiert werden kann. Die Anpassung eines Projekts an die Gegebenheiten im Kanton kann jedoch aufwendig sein. Die dafür fehlenden finanziellen und personellen Ressourcen der KAP können eine Hemmschwelle für die Multiplikation darstellen. Inwiefern eine kantonsübergreifende Projektorganisation wie Radix zu einer Entlastung beiträgt, wird von den KAP-Verantwortlichen kontrovers diskutiert. Einerseits übernimmt eine solche Organisation für das KAP, welches ein Projekt entwickelt hat, allfällige Anfragen und wirkt als zentrale Anlaufstelle für interessierte Multiplikatoren. Andererseits werden die von einer übergeordneten Projektorganisation entwickelten Projekte teilweise als zu teuer empfunden.
- *Zusammenarbeit:* Positiv für die Multiplikation erweist sich der Austausch zwischen Kantonen, welcher durch Gefässe wie die «Commission de prévention et de promotion de la santé» (CPPS), die Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) und die Netzwerktagung von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt wird. Hilfreich ist zudem die Auskunftsbereitschaft von den Verantwortlichen des Kantons, in dem das Projekt entwickelt wurde. Negativ auf die Multiplikation können sich die mangelnde Hilfsbereitschaft des projektkonzipierenden Kantons sowie kantonsinterne Widerstände auswirken.

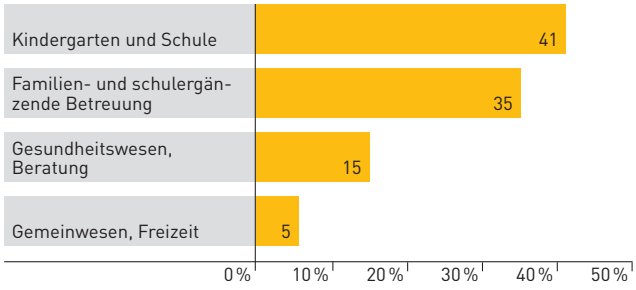
Gesundheitsförderung Schweiz hat aus Sicht der KAP-Verantwortlichen durch die Entwicklung der KAP-Konzepte, als Anlaufstelle bei Fragen sowie durch die Netzwerktagung zur Multiplikation von Projekten beigetragen. Einzelne KAP-Verantwortliche wünschen sich jedoch, dass Gesundheitsförderung Schweiz sie bei der Adaption von Projekten an den lokalen Kontext noch stärker unterstützt und Umsetzungshilfen möglichst schnell zur Verfügung stellt. Die Diskussionen im Rahmen des Workshops mit den KAP-Verantwortlichen haben gezeigt, dass die Förderung ähnlicher Projekte wie Schnitz und Drunder sowie Fourchette verte kontraproduktiv sein kann.

D 2.4: Fördernde und hemmende Faktoren für die Multiplikation

Fördernde Faktoren	Hemmende Faktoren
Ähnlicher kultureller, sprachlicher und struktureller Kontext	Unterschiedlicher kultureller, sprachlicher und struktureller Kontext
Flexible Projektkonzeption	Rigide Projektkonzeption
Einsparung von Ressourcen für Entwicklung von Konzept, Unterlagen, Materialien	Zusätzlicher Ressourcenbedarf für Anpassung des Projekts an kantonalen Kontext
Gute Zusammenarbeit	Schlechte Zusammenarbeit

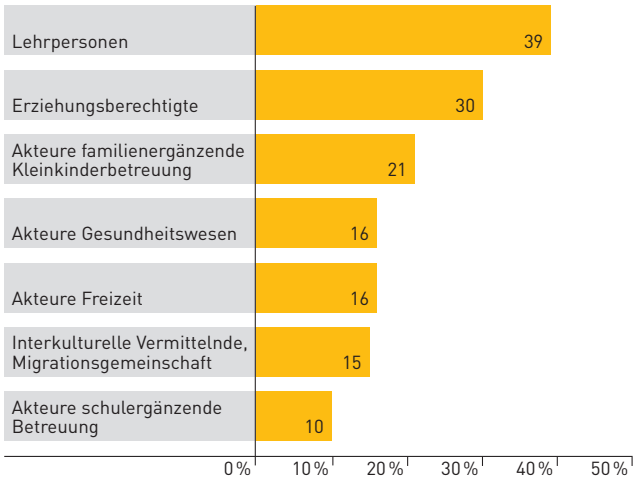
Quelle: Evaluationsgespräche mit KAP-Verantwortlichen in den Kantonen

D 2.5: Zentrale Handlungsfelder



Quelle: Projektliste von Gesundheitsförderung Schweiz (Mehrfachnennungen möglich)

D 2.6: Zentrale Multiplikatoren und Zielgruppen



Quelle: Projektliste von Gesundheitsförderung Schweiz (Mehrfachnennungen möglich)

Der Fokus der Modulprojekte liegt auf den zentralen Handlungsfeldern

Die von den Modulprojekten abgedeckten Handlungsfelder werden in der Darstellung D 2.5 ersichtlich. Der konzeptionelle Schwerpunkt der Modulprojekte liegt im Schul- und Vorschulbereich sowie der familien- und schulergänzenden Betreuung. Rund drei Viertel der Modulprojekte sind hier verortet. Dies wurde von Gesundheitsförderung Schweiz gezielt angestrebt und über die Koppelung mit Finanzierungskriterien gefördert, da in diesen Handlungsfeldern einerseits potenziell alle Kinder erreicht werden und dies andererseits den wissenschaftlichen Empfehlungen des State-of-the-Art-Berichts (Gesundheitsförderung Schweiz 2010) entspricht. Eine geringere Bedeutung kommt Projekten in den Handlungsfeldern Gesundheitswesen und der Beratung sowie dem Gemeinwesen und der Freizeit zu. Diese beiden Handlungsfelder werden von einem Fünftel der Projekte abgedeckt.

Die von den Modulprojekten anvisierten Multiplikatoren und Zielgruppen sind in der Darstellung D 2.6 abgebildet. Die wichtigsten Multiplikatoren bilden die Lehrpersonen, welche in zwei Fünftel der Projekte erreicht werden sollen. Die Eltern sollen in knapp einem Drittel und die Akteure der Kleinkinderbetreuung in einem Fünftel der Projekte angesprochen werden. Jeweils rund ein Siebtel der Projekte richten sich an Akteure im Gesundheitswesen, der Freizeit sowie der interkulturellen Vermittlung und der Migrationsgemeinschaft.

Die Modulprojekte sind nur beschränkt in bestehenden oder neuen Strukturen nachhaltig verankert

In der Tabelle D 2.7 ist der Stand der Umsetzung der Modulprojekte ersichtlich. Kurz vor Abschluss der ersten Phase der KAP steht rund ein Drittel der Modulprojekte noch in der Konzept- und Pilotphase. Auch in den früh lancierten KAP der ersten und zweiten Gruppe steht ein knappes Drittel (28 %) der Projekte noch am Anfang. Nur wenige Projekte sind weit fortgeschritten (6 %) respektive abgeschlossen (13 %).

Von den insgesamt 27 abgeschlossenen Projekten sind 15 und somit mehr als die Hälfte weder verankert noch flächendeckend (das heisst in 80 Prozent eines Handlungsfeldes) eingeführt. Bei dieser Auswertung ist – erstens – zu berücksichtigen, dass

D 2.7: Stand der Umsetzung Modulprojekte 2011

Stand		Anzahl Projekte	Anteil
1–2	Vorbereitung, Konzeptentwicklung	10	5 %
3–5	Anlaufend, Pilotphase	57	27 %
6–8	Laufend	107	50 %
9	Weit fortgeschritten	13	6 %
10	Abgeschlossen (ohne weitere Aktivitäten, keine Verankerung)	15	7 %
11	Abgeschlossen, verankert (auf kantonaler resp. Policyebene)	6	3 %
12	Ausdehnung/Multiplikation via KAP (mit Blick auf Flächendeckung)	6	3 %
		214	100 %

Quelle: Projektliste Gesundheitsförderung Schweiz

einige ehemalige Modulprojekte im Jahr 2011 der Policyebene zugeordnet wurden. Hierzu zählt zum Beispiel das Label-Projekt Fourchette verte in vier KAP. Zweitens wurden gemäss den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz kleinere Projekte mit wenigen Chancen auf Verankerung und Wirkung nicht weitergeführt. Drittens sind Fortschritte bei der Schaffung gesundheitsfördernder Strukturen auf lokaler Ebene feststellbar. Nichtsdestotrotz ist kurz vor Abschluss der ersten Phase nur bei sehr wenigen Modulprojekten die strukturelle Verankerung auf kantonaler Ebene gelungen.

Dieses Resultat spiegelt sich auch in der Einschätzung der KAP-Verantwortlichen. Eine grosse Mehrheit ist der Meinung, dass es in ihrem Kanton noch wenig verankerte Projekte gibt. Als hemmende Faktoren haben sich gemäss den KAP-Verantwortlichen insbesondere drei Elemente erwiesen:

- *Kurze Laufzeit der KAP:* Einige KAP-Verantwortliche sind der Meinung, dass die Dauer der KAP zu kurz sei, um die Projekte nachhaltig zu verankern. Teilweise sehen sie die Verankerung jedoch als eine wichtige Aufgabe in der zweiten Phase der Programme und wollen entsprechende Strategien entwickeln.
- *Fehlende finanzielle Ressourcen:* Häufig werden von den KAP-Verantwortlichen die fehlenden finanziellen Ressourcen als hemmender Faktor für die Verankerung genannt. So erschwert der zunehmende Spardruck die längerfristige Finanzierung von Projekten durch Kanton und Gemeinden. Hohe Projektkosten reduzieren die Wahrscheinlichkeit, dass ein Projekt von einer Partnerorganisation weiterfinanziert wird.
- *Mangelndes Interesse:* Die Verankerung wird erschwert, wenn ein Projekt kein Interesse bei den zuständigen Akteuren wecken kann. Einerseits können potenzielle Partnerorganisationen nicht von einem Projekt überzeugt werden. Dafür können unter anderem zwischenmenschliche Konflikte oder die Überlastung der Zuständigen beispielsweise in den Schulen ausschlaggebend sein. Andererseits können politische Entscheidungsträger auf kantonaler und kommunaler Ebene andere Prioritäten setzen. Von mehreren KAP-Verantwortlichen wird es als schwierig erachtet, dass die Gemeinden aufgrund mangelnder Weisungsbefugnisse des Kantons nicht zur Verankerung von Projekten verpflichtet werden können.

Um die Verankerung voranzutreiben, braucht es entsprechend einen langen Zeithorizont, genügend finanzielle Ressourcen, ein Engagement von Projektpartnern sowie politischen Willen. Fördernd wirken sich nach Aussage der KAP-Verantwortlichen besonders vier Elemente aus:

- *Schaffung reglementarischer Grundlagen:* Viele KAP-Verantwortliche weisen darauf hin, dass die Schaffung reglementarischer Grundlagen wie Gesetze, Weisungen, Empfehlungen und Lehrpläne die Verankerung erleichtert.
- *Aufbau auf Bestehendem:* Es scheint etlichen KAP-Verantwortlichen wichtig zu sein, dass die Projekte aus bestehenden Institutionen hervorgehen respektive diese nutzen. So sind die Chancen für eine Verankerung beispielsweise grösser, wenn ein Projekt bereits vor der Lancierung des KAP über eigene Mittel verfügt und durch das Programm lediglich zusätzlich finanziert wird.
- *Überzeugende Kommunikation:* Um Entscheidungsträger bei Partnerorganisationen und in der Politik für die Verankerung eines Projekts zu gewinnen, braucht es aus Sicht einzelner KAP-Verantwortlicher gute Argumente. Einerseits kann die Bedeutung des Themas «gesundes Körpergewicht» hervorgehoben werden, indem auf wissenschaftliche Studien verwiesen wird. Andererseits kann auf die Erfolge eines Projekts bei Multiplikatoren und Zielgruppen hingewiesen und die Wirksamkeit mittels Evaluationen belegt werden. Als Kommunikationsinstrumente können Präsentationen, Informationsbriefe und konkrete Aktionen für Entscheidungsträger genutzt werden.
- *Bedürfnisgerechte Projekte:* Für die Verankerung eines Projekts ist es nach Einschätzung der KAP-Verantwortlichen wichtig, dass die Bedürfnisse von Projektpartnern, Multiplikatoren respektive Zielgruppen gebührend berücksichtigt werden. Hilfreich ist es, wenn die Projekte durch einen modulartigen Aufbau auf unterschiedliche Bedürfnisse zugeschnitten werden können und ein gutes Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen bieten.

Im Rahmen des Workshops mit den KAP-Verantwortlichen hat sich auch ein Bedarf an Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz bei der Verankerung der Modulprojekte ergeben. So wünschen sich die KAP-Verantwortlichen – erstens – ein längerfristiges Engagement von Gesundheitsförderung Schweiz. Erfahrungen aus anderen Präventionsbereichen haben gezeigt, dass eine breite Verankerung erst über einen Zeitraum von zehn bis zwanzig Jahren möglich ist. Eine langfristige Thematisierung von gesunder Ernährung und Bewegung ist in diesem Sinne ebenfalls als Verankerung zu verstehen. Zweitens wäre es für die KAP-Verantwortlichen hilfreich, im Rahmen einer Netzwerktagung Erfahrungen bei der Verankerung auszutauschen und eine Checkliste zu entwickeln. Um Entscheidungsträger für ein Projekt zu gewinnen, könnte Gesundheitsförderung Schweiz Projektevaluationen finanziell unterstützen.

Basel-Stadt: Weisung zur flächendeckenden Einführung von Burzelbaum

Im Rahmen von Burzelbaum wird versucht, den Kindergartenalltag bewegungsfreundlicher zu gestalten und Lehrpersonen sowie Eltern für die gesundheitliche Bedeutung regelmässiger körperlicher Aktivitäten zu sensibilisieren. Das Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt hat 2008 die Weisung erlassen, Burzelbaum flächendeckend im ganzen Kanton umzusetzen. Verschiedene Faktoren erklären die erfolgreiche Verankerung. Erstens stiess Burzelbaum bei den Beteiligten auf grosse Akzeptanz. Zweitens profitierte das 2004 entwickelte Projekt von einer grossen Bekanntheit im Kanton und wurde bereits von einem Grossteil der Kindergärten auf einer freiwilligen Basis umgesetzt. Drittens wurden die Wirkungen bei den Zielgruppen im Rahmen einer Projektevaluation nachgewiesen. Viertens engagierte sich das Erziehungsdepartement in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdepartement stark für das Projekt. Das Erziehungsdepartement stand von Beginn weg hinter dem Projekt und stellte den Grossteil der finanziellen Ressourcen für die Umsetzung bereit. Ausserdem hat das Erziehungsdepartement den Zugang zu den Kindergärten und die Kompetenz, diesen verbindliche Vorgaben zu machen.

2.4 Vernetzung

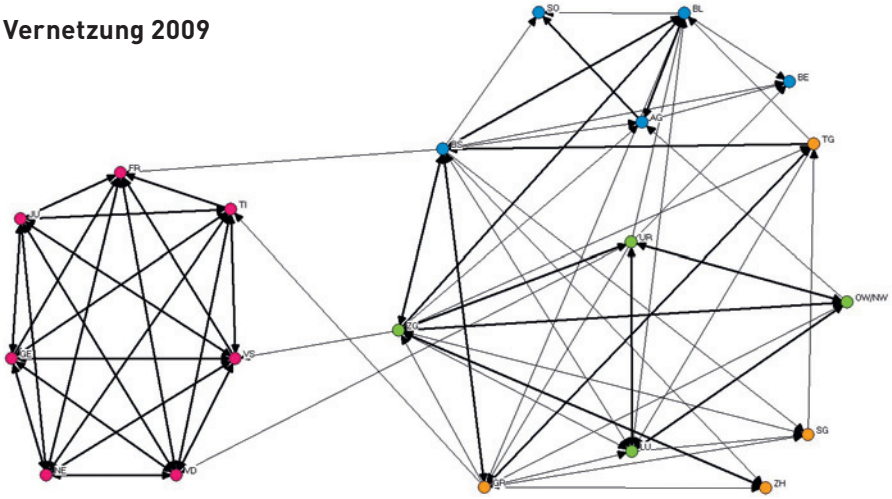
Die Vernetzungsaktivitäten umfassen einerseits den Austausch zwischen den Kantonen. Eines der Ziele von Gesundheitsförderung Schweiz ist es, durch die interkantonale Vernetzung den Austausch von Lernerfahrungen zwischen den KAP zu ermöglichen. Die Vernetzung innerhalb des Kantons zielt andererseits darauf ab, wichtige Partner wie Erziehungs- sowie andere relevante Departemente, Gemeinden sowie verschiedene Multiplikatoren mit einzubeziehen. Nachfolgend wird zuerst die inter- und danach die intrakantonale Vernetzung der KAP beschrieben.

Die interkantonale Vernetzung wurde verstärkt

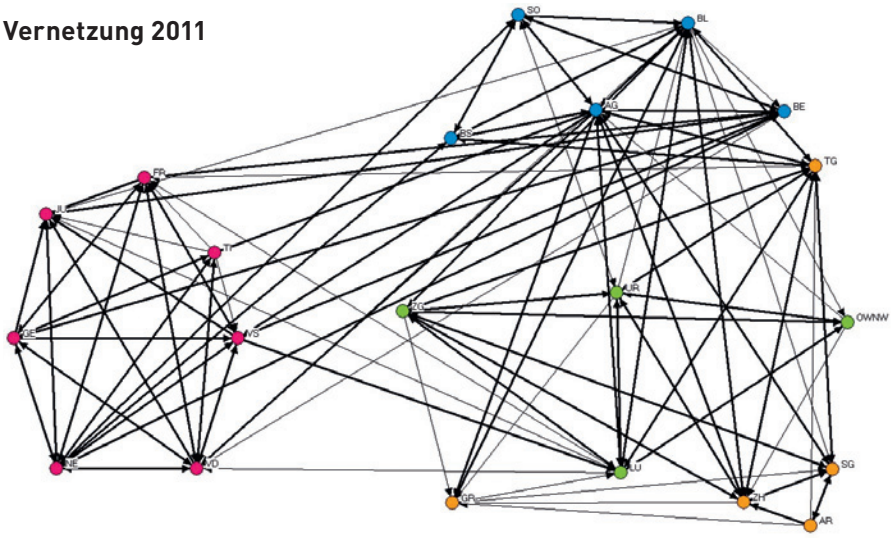
Die Darstellung D 2.8 zeigt, wie sich die interkantonalen Kontakte respektive Kooperationen zwischen 2009 und 2011 verändert haben. Die Programmleitenden wurden im Fragenkatalog gebeten, die Intensität der Kontakte anhand der Kategorien «regelmässigen Kontakt» und «Zusammenarbeit» mit anderen KAP-Verantwortlichen zu beurteilen. Die

D 2.8: Vergleich der interkantonalen Vernetzung 2009 und 2011

Vernetzung 2009



Vernetzung 2011



Kantone aus der VBGF-Regionalkonferenz
- Westschweiz
- Nordwestschweiz
- Ostschweiz
- Zentralschweiz

Die Kontakte sind mit einer schwachen Linie und die Zusammenarbeit zwischen den KAP mit einer starken Linie gekennzeichnet.

Quelle: Von den KAP-Verantwortlichen der Kantone ausgefüllte Fragenkataloge, www.vbgf-arps.ch

verschiedenen Regionalkonferenzen der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) sind in unterschiedlichen Farben dargestellt. Die Pfeile geben die Richtung der Kontakte wieder.[13]

Aus der Darstellung werden drei Aspekte ersichtlich, die nachfolgend diskutiert werden. Wir stützen uns dabei auf die Angaben der KAP-Verantwortlichen hinsichtlich von institutionalisierten Vernetzungsgefässen und gemeinsamen Projekten im Fragenkatalog:

- *Engere Vernetzung zwischen Deutschschweiz und lateinischer Schweiz:* Der Vergleich der Netzwerke zwischen 2009 und 2011 zeigt deutlich, dass die KAP über die Sprachgrenzen hinweg deutlich zusammengewachsen sind. Aus den Interviews mit den KAP-Verantwortlichen geht hervor, dass die Netzwerktagungen von Gesundheitsförderung Schweiz zu dieser Vernetzung der Sprachregionen beigetragen haben. Weiter dürfte die Anstellung eines mit Beteiligung von Gesundheitsförderung Schweiz finanzierten Generalsekretärs bei der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) zu diesem Resultat beigetragen haben.
- *Weiterbestehende Unterschiede in der regionalen Vernetzungsintensität:* Die wichtigsten Vernetzungsgefässe zwischen den Kantonen sind nach wie vor die bereits vor der Lancierung der KAP bestehenden Regionalkonferenzen der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) in der lateinischen Schweiz sowie der Nordwest-, Zentral- und der Ostschweiz. Insbesondere in der Westschweiz ist die Vernetzung zwischen den Kantonen wegen der seit 1999 bestehenden Regionalkonferenz «Commission de prévention et de promotion de la santé» (CPPS) sehr ausgeprägt. In der Zentralschweiz besteht neben dem Austausch innerhalb der Regionalkonferenz eine KAP-spezifische Zusammenarbeit zwischen KAP-Verantwortlichen. In der Nordwestschweiz besteht ebenfalls ein intensiver Austausch zwischen allen KAP-Verantwortlichen. In der Ostschweiz ist die Vernetzung zwischen KAP-Verantwortlichen eher bilateraler Natur und schliesst nur bedingt die gesamte Region mit ein.[14]
- *Projektbezogener Austausch erfolgt primär innerhalb der VBGF-Regionalkonferenzen:* Nach Aussage der KAP-Verantwortlichen besteht in 28 Modulprojekten eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen (vgl. Tabelle DA 2 im Anhang). Die Intensität dieser Zusammenarbeit reicht von einer kantonsübergreifenden Leitung eines Projekts bis zum fachlichen Austausch über Projekte zwischen Kantonen. Obwohl viele Projekte über VBGF-Regionen hinweg multipliziert wurden (vgl. Abschnitt 2.3), erfolgt der projektbezogene Austausch zwischen KAP-Verantwortlichen primär innerhalb der Regionalsektionen. Lediglich in einzelnen Projekten wie Schnitz und Drunder, Fourchette verte und Purzelbaum besteht eine gewisse regionenübergreifende Zusammenarbeit. Auffallend ist zudem die Rolle des Kantons Bern als Brückenkopf zwischen deutscher und lateinischer Schweiz. Der Kanton Thurgau scheint wahrscheinlich aufgrund einer weniger engen Zusammenarbeit der KAP-Verantwortlichen innerhalb der Regionalkonferenz den Austausch mit Kantonen ausserhalb der Ostschweiz zu suchen.

Trotz einer guten Zusammenarbeit mit dem Erziehungsdepartement in einem Grossteil der Kantone ist der Zugang zum Setting Schule nicht unbedingt gewährleistet

Wie bereits in der letzten Evaluationsperiode arbeiten alle KAP mit dem Erziehungsdepartement zusammen. In 18 Kantonen wird die Zusammenarbeit von den KAP-Verantwortlichen als gut beurteilt. In vier Kantonen besteht aufgrund einer anderen Prio-

[13] Die Antworten wurden mittels einer Netzwerkanalyse mit der Software UCINET 6.1 ausgewertet. Diese erlaubt die einfache Berechnung von Kennzahlen des Netzwerks (Dichte) sowie die grafische Darstellung von Akteurnetzwerken.

[14] Innerhalb der Regionalsektionen Nordwestschweiz, Westschweiz und Zentralschweiz besteht eine Zusammenarbeit innerhalb eines Gremiums oder eines Projekts zwischen den KAP-Verantwortlichen (Grafik: dicke, mit zwei Pfeilspitzen markierte Verbindungen). In der Ostschweiz bestehen dagegen häufig nur regelmässige Kontakte (Grafik: dünne, mit einseitigen Pfeilspitzen markierte Verbindungen).

ritätensetzung im Erziehungsdepartement nur eine eingeschränkte Zusammenarbeit.

Die Zusammenarbeit zwischen KAP und Erziehungsdepartement findet einerseits auf strategischer Ebene statt. So zeigt die Auswertung des Fragenkatalogs, dass das Erziehungsdepartement in elf Kantonen in der Steuergruppe und in neun Kantonen in der Begleitgruppe der KAP vertreten ist. Mitarbeitende des Erziehungsdepartements sind somit im Vergleich zu anderen Multiplikatoren am häufigsten in KAP-übergreifenden Gremien vertreten. Zudem gibt es in 16 Kantonen interdepartementale Entscheide zugunsten von gesunder Bewegung, Ernährung und Gewicht, in welche das Erziehungsdepartement involviert ist. Häufig betreffen diese Entscheide die gemeinsame Durchführung von Projekten an der Schnittstelle zwischen Schule und Gesundheit. In einigen Kantonen wurde die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdepartement und Erziehungsdepartement durch die Schaffung eines gemeinsamen Gremiums institutionalisiert.

Andererseits gibt es eine Zusammenarbeit auf operativer Ebene zwischen den Kantonalen Aktionsprogrammen und dem Erziehungsdepartement. Gemäss Projektliste von Gesundheitsförderung Schweiz ist das Erziehungsdepartement bei 38 Prozent der Modulprojekte beteiligt. Am häufigsten beteiligt sich das Erziehungsdepartement an Programm- respektive Massnahmenpaketen wie Rundumfit, gefolgt von Projekten mit einem Anstosscharakter, zum Beispiel dem Medienkoffer «Ernährung total!» oder bike-2school. Auf Ebene Policy gibt es in 33 Prozent der Massnahmen eine Zusammenarbeit mit dem Erziehungsdepartement. Fünf dieser Policymassnahmen haben einen verbindlichen Charakter (Gesetz, Verordnung, Reglement, Weisung, Richtlinie). In vier ist die Aufnahme von Bewegung und Ernährung in die Lehrpläne und -ziele der obligatorischen Schule und in zwei in die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren vorgesehen. Bei je zwei Massnahmen handelt es sich um ein verbessertes Ernährungs- respektive Bewegungsangebot. Acht Massnahmen haben einen eher unverbindlichen Charakter (Empfehlung, Label).

Die gute Zusammenarbeit der KAP mit den Erziehungsdepartementen auf strategischer und operativer Ebene führt gemäss KAP-Verantwortlichen nicht automatisch zu einem guten Zugang zu den Schulen. So hat das Erziehungsdepartement in vielen Kantonen aufgrund der Autonomie der einzelnen Schulen nur bedingt Weisungsbefugnisse. Wie bereits im Jahr 2009 festgestellt, bestehen bei den Schulleitungen und der Lehrerschaft aufgrund einer grossen Auslastung nach wie vor Widerstände gegen ein starkes zusätzliches Engagement in Projekten zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung. Es gelingt zwar immer wieder, einzelne motivierte Schulen respektive Lehrpersonen für ein Projekt zu gewinnen, aber die Verbreitung der in der Regel auf Freiwilligkeit basierenden Projekte gestaltet sich häufig schwierig. Anhand der Evaluationsgespräche sowie der Diskussionen im Workshop mit den KAP-Verantwortlichen lassen sich jedoch Faktoren für erfolgreiche Projekte in Schulen identifizieren:

- *Etablierung offener Angebote:* Anstatt ein bestimmtes Projekt zu propagieren, kann es zielführender sein, den Schulen eine Auswahl verschiedener Interventionen anzubieten. Dadurch können die Schulen ein auf ihre Bedürfnisse sowie zeitlichen und finanziellen Ressourcen angepasstes Projekt auswählen.
- *Schaffung von Anreizen:* Anreize in Form einer finanziellen Unterstützung oder eines Labels können Schulen zur Beteiligung an einem Projekt motivieren.
- *Begleitung der Lehrpersonen:* Bei Lehrpersonen kann das Interesse steigen, wenn sie bei der Projektumsetzung beispielsweise durch ein Coaching oder durch die Erarbeitung von konkreten Unterrichtseinheiten und -materialien unterstützt werden.
- *Nutzung verschiedener Informationskanäle:* Es kann sinnvoll sein, die Lehrpersonen zusätzlich zu den offiziellen Kanälen wie Bildungsdepartement und Schulleitungen direkt anzusprechen. Dafür eignen sich Schulblätter, Stufenkonferenzen, Newsletter, Lehrerverbände und das Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen.
- *Identifizierung alternativer schulnaher Ansprechpartner:* Wenn Schulleitungen und Lehrpersonen stark ausgelastet sind, kann es vielversprechend sein, alternative Ansprechpartner im Schulumfeld zu suchen, zum Beispiel Schulsozialarbeiter/-innen.

Graubünden: Bewegte Schule
Das Projekt Bewegte Schule ist ein Beispiel für einen erfolgreichen Zugang zu den Schulen. Das Projekt integriert eine umfassende Bewegungsförderung in den Schulalltag. Die Schulkinder bewegen sich neben dem Sportunterricht täglich während mindestens 30 Minuten (freies Spiel und Bewegung in den Pausen, Bewegungspausen während des Unterrichts, Anwendung von Lernen in Bewegung, bewegungsfreundliche Gestaltung der Schulzimmer sowie der Pausenplätze). Gründe für den Erfolg des Programms sind folgende: Jährlich finden Vernetzungstreffen mit allen teilnehmenden Schulen statt. Dort können die Teilnehmenden ihre Wünsche und Verbesserungsvorschläge anbringen. Ausserdem werden Referenten eingeladen, die zu aktuellen Themen Inputs liefern. Somit wird die Zufriedenheit der teilnehmenden Lehrpersonen gewährleistet. Schulintern werden Verantwortliche (Promotoren) bestimmt, die schulinterne Weiterbildungen organisieren. Die KAP-Verantwortlichen pflegen einen sehr engen Kontakt zu den Schulen, um sie optimal zu unterstützen. Dies wird sehr geschätzt. Allerdings ist es für die Promotoren teilweise schwierig, das ganze Lehrerteam zur Teilnahme zu motivieren. In Zusammenarbeit mit dem Amt für Volksschule und der Pädagogischen Hochschule Graubünden möchte die KAP-Leitung das Weiterbildungsnetz im Bereich der Bewegten Schule verfeinern und so die Bündner Lehrkräfte mit individuellen Angeboten erreichen, welche auf ihre Schulstufe und ihr Fach abgestimmt sind.

Insgesamt scheint sich das Umfeld in den Schulen für Projekte im Bereich gesunde Ernährung und Bewegung seit der letzten Evaluationsrunde 2009 weiter verschlechtert zu haben. Als Grund wurden von KAP-Verantwortlichen in mehreren Kantonen die laufenden Schulreformen angegeben. Im Rahmen des Workshops vertraten einzelne KAP-Verantwortliche die Ansicht, dass die Schulreformen auch Chancen böten. So können in Zusammenarbeit mit den Pädagogischen Hochschulen die regionalen Lehrpläne in Bezug auf Ernährung und Bewegung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der Lehrpersonen konkretisiert werden. Während der Bewegungs- und Ernährungsunterricht im Plan d'études romand (PER) einen der fünf disziplinarischen Schwerpunkte darstellt, ist der Stellenwert der beiden KAP-Themen im Lehrplan 21 weniger prominent. Gesundheitsthemen wurden im Vergleich zur nachhaltigen Entwicklung weniger stark gewichtet.

Die Vernetzung der KAP mit weiteren Departementen zeigt noch wenig Resultate
Eine Vernetzung besteht gemäss Interviews mit den KAP-Verantwortlichen in neun Kantonen mit der Abteilung Sport, in sechs Kantonen mit dem Bau- und Umweltdepartement, in fünf Kantonen mit dem Sicherheitsdepartement und in zwei Kantonen mit dem Sozialdepartement. In acht Kantonen gibt es nach Aussage der KAP-Verantwortlichen einen Austausch über Projekte. Die von Gesundheitsförderung Schweiz in der Projektliste konsolidierten Selbstevaluationen zeigen, dass das für Sport zuständige Departement am häufigsten an Modulprojekten beteiligt ist. Relativ selten ist dagegen eine Beteiligung der für Wirtschaft, Soziales sowie Umwelt, Bau und Raumplanung zuständigen Departemente. Diese Departemente engagieren sich zudem in Einzelfällen in Policymassnahmen.

Die Vernetzung mit den Gemeinden erfolgt vor allem projektbezogen
Ein KAP-übergeordneter Austausch mit den Gemeinden findet relativ selten statt. So sind die Gemeinden gemäss den von den KAP-Verantwortlichen ausgefüllten Fragenkatalogen lediglich in drei Kantonen in der Steuergruppe und in drei Kantonen in der Begleitgruppe vertreten. Häufig handelt es sich dabei um Kantone, in welchen die Gemeinden zu einem Verband zusammengeschlossen sind, oder Kantone, die über kommunale Beauftragte für Gesundheitsförderung und Prävention verfügen. In der Regel ist die Vernetzung mit den Gemeinden nach Aussagen der KAP-Verantwortlichen aus drei Gründen punktueller Natur: Erstens fehlt einigen Kantonalen Aktionsprogrammen nach Aussage der KAP-Verantwortlichen

eine klare Strategie bezüglich Zusammenarbeit mit den Gemeinden. Zweitens ergibt sich ein Austausch insbesondere mit Gemeinden, die ein Interesse zeigen und sich teilweise auch spontan für eine Zusammenarbeit interessieren. Tendenziell handelt es sich dabei um grössere Gemeinden. In kleinen Gemeinden bestehen eher wenig Ressourcen und Interesse für ein Engagement im Kantonalen Aktionsprogramm. Drittens findet die Zusammenarbeit mit den Gemeinden vor allem im Rahmen von konkreten Projekten statt. Teilweise erfolgt eine entsprechende Zusammenarbeit jedoch nicht direkt zwischen KAP-Verantwortlichen und Gemeinden, sondern über Partner, welche ein Projekt in einer Gemeinde umsetzen. Aufgrund der von Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der Projektliste konsolidierten Selbstevaluationen kann davon ausgegangen werden, dass sich die Gemeinden mindestens in einem Fünftel der Modulprojekte und zwei Fünfteln der Policymassnahmen engagieren. Bei den Modulprojekten ist ein Engagement der Gemeinden häufig bei Betreuungs- und Beratungsangeboten, wie zum Beispiel FemmesTische oder Miges Balù, gefolgt von neuen und verbesserten Bewegungs- und Ernährungsangeboten, wie Open Sunday oder Fourchette verte. Die Policymassnahmen mit Beteiligung der Gemeinden haben in der Regel einen unverbindlichen Charakter (Label, Auszeichnungen, Empfehlungen, Leitlinien).

Tessin: Meglio a piedi

Die Weiterentwicklung von Pédibus im Tessin ist durch die Einführung von Schulmobilitätsplänen besonders innovativ. Durch diese Pläne wird der Langsamverkehr der Schülerinnen und Schüler auf Ebene Gemeinde – unabhängig vom wechselnden Engagement der Eltern für die Pédibuslinien – längerfristig sichergestellt. Die Verbindung der Themen Bewegung, Langsamverkehr und Sicherheit garantiert dem Projekt ein grösseres Interesse und eine breitere Unterstützung von Fachinstitutionen und Kantonsverwaltung (Beteiligung von vier betroffenen Departementen). Dadurch stehen dem Projekt mehr finanzielle Mittel zur Verfügung, welche als Anreize für die Gemeinden zur Entwicklung von Schulmobilitätsplänen genutzt werden können. Die Motivation der Gemeinden wird zusätzlich durch die enge Zusammenarbeit und die angebotene Begleitung bei der Entwicklung der Pläne gefördert.

Die Vernetzung mit verschiedenen Multiplikatoren ist gestärkt

Die intrakantonale Vernetzung erfolgt in elf Kantonen über Vernetzungstreffen. Diese werden je nach Kanton zweimal jährlich oder alle drei Jahre organisiert. In einigen KAP nehmen an diesen Treffen vor allem Projektpartner teil, während in anderen KAP die wichtigsten Multiplikatoren des Kantons im Bereich Bewegung und Ernährung mit einbezogen werden.

Neben den Vernetzungstreffen werden die Multiplikatoren in verschiedene Gremien eingebunden (vgl. Tabelle D 2.9). In strategisch ausgerichteten Gremien wie der Steuergruppe ist die Vertretung unterschiedlicher Multiplikatoren über alle Kantone hinweg gesehen tiefer als in eher operativ ausgerichteten Gremien wie Begleit- und Projektgruppen. In allen Gremien gut vertreten sind die Ärzteschaft und Schulen. In operativ orientierten Gremien haben häufig auch Mütter- und Väterberatende, Leitende der familien- und schulergänzenden Kinderbetreuung, Erziehungsberechtigte sowie Vertretende der Gemeinden Einsitz. Selten vertreten in KAP-Gremien ist die Zielgruppe Schwangere sowie Multiplikatoren in den Handlungsfeldern Freizeit (Muki-/Vaki-Turnen, Spielgruppen, Vereine, Freizeitangebote) sowie Berufsausbildung. Letztere bildet jedoch keinen Schwerpunkt der Kantonalen Aktionsprogramme.

In der Regel erleichtert der Einbezug von Multiplikatoren in KAP-Gremien gemäss Aussage der KAP-Verantwortlichen die Umsetzung von Massnahmen. Eine Ausnahme bilden die Schulen und die Ärzteschaft. Obwohl diese in den KAP-Gremien sehr gut vertreten sind, erschweren die mangelnden personellen und finanziellen Ressourcen dieser Multiplikatoren nach Einschätzung etlicher KAP-Verantwortlicher die Zusammenarbeit in den Projekten. Ein Erklärungsgrund für diese Diskrepanz könnte sein, dass es sich bei den Mitgliedern der KAP-Gremien um Personen handelt, welche am Thema besonders interessiert und nur bedingt für andere Berufskolleginnen/-kollegen repräsentativ sind. So dürften zum Beispiel zu den Vertretenden der Ärzteschaft Kantonsärzte und -ärztinnen zählen, in deren Dienststellen die Kantonalen Aktionsprogramme teilweise angesiedelt sind.

D 2.9: Vertretung unterschiedlicher Multiplikatoren in KAP-Gremien

Multiplikatoren	Anzahl Kantone mit Vertretung von Multiplikatoren ...		
	in Steuergruppe	in Begleitgruppe	in Projekt- und anderen Gremien
Vertretung Ärzteschaft	7	11	8
Hebammen, Geburtsvorbereitende	0	1	6
Mütter-/Väterberatende	1	5	9
Leitende familien- und schulergänzende Kinderbetreuung	0	3	11
Leitende Muki-/Vaki-Turnen, Spielgruppen	0	1	3
Vertretende Schule	5	6	11
Lehrlingsausbildende	0	1	1
Vertretende Berufsverbände	2	2	5
Leitende Freizeitangebote, Vereine	0	1	5
Schwangere	0	0	0
Erziehungsberechtigte	0	2	7

Quelle: Von den KAP-Verantwortlichen ausgefüllte Fragenkataloge

Genf: Programme Contrepoids dans le cadre du label Hôpitaux promoteurs de santé

Das Programm Contrepoids des Universitätsspitals Genf verfolgt drei Ziele: Erstens sollen alle Patienten und Patientinnen mit Übergewicht und Fettleibigkeit optimal betreut werden. Zweitens soll die Ausbildung des Gesundheitspersonals verbessert und die klinische Forschung im Bereich Übergewicht vorangetrieben werden. Drittens soll eine gesunde Ernährung und Bewegung beim gesamten Gesundheitspersonal gefördert werden. Im Rahmen dieses Programms wurden 2011 Ausbildungsgänge für Genfer Studierende verschiedener Studienrichtungen (Medizin, Sportunterricht, Ernährungsberatung, Physiotherapie) sowie Weiterbildungsangebote für Westschweizer Gesundheitsfachleute (Pädiater/-innen, Hausärzte/-innen, Internisten/-innen, Pflegende, Hebammen, Ernährungsberater/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Medizinische Praxisassistenten/-innen, Hilfspflegende) entwickelt respektive angepasst. Die Aus- respektive Weiterbildungen wurden in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät, der Fachhochschule und den Berufsverbänden durchgeführt und von 765 Personen absolviert. Daneben ist für 2012 eine zweitägige multidisziplinäre Ausbildung von acht Stunden am Universitätsspital Genf vorgesehen. Für das Bildungsangebot wurden Kursunterlagen sowie ein Lehrbuch erarbeitet. Dieses enthält neben gemeinsamen Grundlagen für alle Gesundheitsberufe spezifische Dossiers für gewisse Berufe.

Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit den Multiplikatoren von den KAP-Verantwortlichen als sehr gut beurteilt. Ausschlaggebend für die gute Vernetzung mit den Multiplikatoren sind aus ihrer Sicht verschiedene Faktoren:

- *Früher Einbezug relevanter Akteure:* Die wichtigsten Akteure im Bereich Bewegung und Ernährung werden möglichst früh identifiziert und mit einbezogen. Dadurch kann Vertrauen hergestellt und können die Bedürfnisse der Akteure gebührend berücksichtigt werden.
- *Hohe Identifikation mit dem Programm:* Die Akteure können sich aus verschiedenen Gründen gut mit dem Programm identifizieren. Dazu zählen die Einbettung des KAP in eine kantonale Strategie, die politische Unterstützung des KAP, klare Ansprechpartner innerhalb des KAP und eine gute Medienpräsenz bei der Lancierung des KAP.
- *Kontinuierliche Informationsvermittlung:* Die Informationsvermittlung per Internetplattformen, E-Mail, Vernetzungstreffen und persönliche Kontaktpflege erfolgt kontinuierlich.
- *Gemeinsame Aktionen:* Besonders gut gelingt der Einbezug von Multiplikatoren durch die Umsetzung konkreter Projekte. Auch die Erarbeitung von gemeinsamen Strategien, Zielen und Botschaften fördert die Vernetzung.
- *Interessante Anreize:* Durch die Bereitstellung von Finanzhilfen und Beratungsleistungen wird der Anreiz zur Zusammenarbeit mit den Multiplikatoren erhöht.

Die grösste Hemmschwelle für die Vernetzung bilden die mangelnden finanziellen und zeitlichen Ressourcen sowohl bei den Programmleitungen der KAP als auch bei den Projektpartnern und Multiplikatoren.
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Vernetzungsaktivitäten innerhalb der Kantone zu einer besseren Bekanntheit und Akzeptanz der KAP beigetragen haben. Zudem kennen sich die relevanten Akteure im Bereich gesunde Ernährung, Bewegung und Körpergewicht untereinander besser. Die Mitglieder des Netzwerks verweisen aufeinander und koordinieren ihre Aktivitäten. Dadurch können Synergien genutzt werden. Schliesslich hat die Vernetzung dazu beigetragen, dass sich Akteure neu für das Thema sensibilisiert haben.

2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit dient einerseits der Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema gesundes Körpergewicht und andererseits der Bekanntmachung der KAP. In diesem Abschnitt wird die Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf ihre inhaltliche Abstützung sowie fördernde und hemmende Faktoren beschrieben.

Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt bisher noch nicht nach den neu definierten Schwerpunkten (Süssgetränke/Wasser)

Das Thema «Trink Wasser» bildet den neuen Schwerpunkt von Gesundheitsförderung Schweiz.[15] Dieses Thema stösst bei den KAP-Verantwortlichen auf eine hohe Akzeptanz. Da entsprechende Massnahmen seitens Gesundheitsförderung Schweiz erst ab 2012 zur Verfügung stehen, sind im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit in den Kantonen noch wenige Aktivitäten zum Thema zu verzeichnen. Einzelne Kantone haben jedoch dieses Thema bereits während der Evaluationsperiode zu einem Schwerpunkt ihrer Öffentlichkeitsarbeit gemacht.

Die Praxis der Öffentlichkeitsarbeit spiegelt nach Aussage der KAP-Verantwortlichen jedoch die Empfehlungen von Gesundheitsförderung Schweiz und vergangener Evaluationen auf vier Arten wider:

- *Abstützung auf Kommunikationskonzept:* Die Mehrheit der Kantone stützt sich in der Öffentlichkeitsarbeit auf ihr Kommunikationskonzept. Die Hälfte der KAP-Verantwortlichen der Kantone gab an, dass sie ihre Öffentlichkeitsarbeit hauptsächlich gemäss Kommunikationskonzept umsetzen, rund ein Viertel setzte nur Teile des Kommunikationskonzepts um. Ein gutes Viertel der KAP-Verantwortlichen nutzte eher spontane Gelegenheitsfenster.
- *Sichtbarmachung von Programmaktivitäten:* Viele KAP versuchten ihre Aktivitäten sichtbar zu machen, indem über das Programm als Ganzes wie auch einzelne Projekte berichtet wird. Die wichtigsten Kommunikationskanäle dafür bilden das Internet, Zeitungsartikel sowie Informationsmaterialien. Seltener werden Radio- und Fernsehsendungen genutzt. Grössere Plakataktionen wurden in einzelnen Fällen zur Bekanntmachung von Events durchgeführt.
- *Nutzung bereits vorhandener Materialien:* In gut der Hälfte der Kantonalen Aktionsprogramme wurden Materialien aus anderen Kantonen genutzt. Häufig handelt es sich dabei um Kantone, mit welchen in einem Projekt oder in einer Regionalsektion der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) zusammengearbeitet wird. In der Regel werden einzelne Materialien übernommen. Praktisch in allen KAP werden zudem Materialien von Gesundheitsförderung Schweiz eingesetzt. Zu den am häufigsten verwendeten Materialien zählen die Postkarten, die Broschüre «Just do it, 10 Ernährungs- und Bewegungstipps für ein gesundes Körpergewicht» sowie die Kidz Box. Gratis zur Verfügung gestellte Materialien werden eher genutzt als kostenpflichtige.
- *Abstützung auf standardisierte Botschaften:* Die KAP nutzen in ihrer Öffentlichkeitsarbeit standardisierte Botschaften. Die diesbezüglich wichtigste Organisation ist die schweizerische Gesellschaft für Ernährung. Praktisch alle KAP orientieren sich daran und nutzen die Lebensmittelpyramide oder -scheibe. Für jeweils ein Drittel der KAP sind die Botschaften von Suisse Balance und von Gesundheitsförderung Schweiz (z. B. «Trink Wasser») insbesondere auch basierend auf dem sogenannten State-of-the-Art-Bericht wichtig.[16] Einzelne erwähnen zudem die Botschaften des Bundesamts für Gesundheit und der Weltgesundheitsorganisation.

Betreffend die Öffentlichkeitsarbeit lassen sich aus den Gesprächen mit den KAP-Verantwortlichen vier fördernde Faktoren identifizieren:

[15] Dieser Schwerpunkt umfasst nicht nur die Öffentlichkeitsarbeit, sondern alle vier Ebenen der KAP.

[16] Als State-of-the-Art-Bericht wird hier der folgende Bericht von Gesundheitsförderung Schweiz bezeichnet: Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.) (2010): «Gesundes Körpergewicht» bei Kindern und Jugendlichen – was haben wir seit 2005 dazugelernt?, Bern und Lausanne.

- *Diversifizierte Öffentlichkeitsarbeit:* In Bezug auf Kanäle und Botschaften sollte die Öffentlichkeitsarbeit diversifiziert und auf die verschiedenen Zielgruppen der KAP angepasst werden. Das Umfeld, in dem die Zielgruppen sich bewegen, muss bei der Öffentlichkeitsarbeit genügend beachtet werden.
- *Ansprechende Botschaften:* Für die KAP-Verantwortlichen ist es wichtig, dass die im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit vermittelten Botschaften positiv, humorvoll, glaubwürdig und einfach sind. In vielen KAP soll die Bevölkerung nicht nur durch Informationen, sondern durch konkrete Aktionen abgeholt werden. Aus diesem Grund hat die Öffentlichkeitsarbeit über konkrete Projekte, Wettbewerbe und Anlässe einen hohen Stellenwert in den KAP. Insbesondere an Anlässen wird ein grosses Publikum erreicht, können Synergien genutzt und Ressourcen eingespart werden. In mehrsprachigen Kantonen ist es wichtig, dass Übersetzungen vorliegen, welche den kulturellen und sprachlichen Sensibilitäten Rechnung tragen.
- *Politische Unterstützung:* Die politische Unterstützung ist in der Öffentlichkeitsarbeit wichtig. Durch die Präsenz eines Regierungsrates erhöht sich das Interesse der Medien für das Programm. Ein gesetzlicher Auftrag legitimiert die Aktivitäten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit.
- *Einheitlicher Auftritt:* Wichtig für die Öffentlichkeitsarbeit ist eine klare Wiedererkennung des Programms. Dafür ist die Verwendung eines einheitlichen Logos und einer gemeinsamen Botschaft durch alle Programmpartner notwendig. Hilfreich ist weiter, wenn das KAP als wichtigster Ansprechpartner für die Themen Bewegung und Ernährung wahrgenommen wird. Schliesslich soll das KAP auch von anderen Programmen abgegrenzt werden können.

Die KAP-Verantwortlichen erwähnen auch drei hemmende Faktoren:

- *Fehlende Ressourcen:* Fehlende finanzielle oder personelle Ressourcen stellen eine gewichtige Hemmschwelle dar. Insbesondere in mehrsprachigen und in kleinen Kantonen sind für die Öffentlichkeitsarbeit verhältnismässig viele finanzielle Ressourcen notwendig. In einigen KAP wurde zu wenig Zeit und Geld für die Öffentlichkeitsarbeit vorgesehen. Ohne Budget für die Öffentlichkeitsarbeit wird dieser Ebene zu wenig Gewicht beigemessen.
- *Umstrittener Nutzen:* Die Öffentlichkeitsarbeit kann unter der in Abschnitt 2.1 umschriebenen Infragestellung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme leiden. In diesem Kontext können teure Kommunikationsaktivitäten negativ wahrgenommen werden.
- *Fehlende Qualifikation:* Einzelne KAP-Verantwortliche sind der Ansicht, dass ihnen die für die Öffentlichkeitsarbeit notwendigen Kompetenzen fehlen.

2.6 Chancengleichheit

Die Chancengleichheit ist ein Querschnittsthema, welches alle Aktivitäten der KAP betrifft. Seit 2009 ist über alle Ebenen der KAP hinweg die Bedeutung der Chancengleichheit gestiegen. In der Praxis werden darunter in erster Linie Aktivitäten für die Migrationsbevölkerung verstanden. Andere vulnerable Gruppen wie Einkommensschwache und Bildungsferne sind seltener Gegenstand von KAP-Aktivitäten. Die zunehmende Bedeutung der Chancengleichheit in den KAP kann gestützt auf die Aussagen der KAP-Verantwortlichen auf drei Gründe zurückgeführt werden: Erstens entspricht die Förderung der Chancengleichheit in gewissen Kantonen der Politik des für das KAP zuständigen Gesundheitsamtes oder wird durch kantonale Pläne für Gesundheitsförderung und Prävention gestützt. Zweitens hat Gesundheitsförderung Schweiz das Thema im Rahmen von Netzwerktagungen, Empfehlungen und Qualitätsrichtlinien (quintessenz) vorangetrieben. Drittens unterstützt das BAG Bedarfsanalysen kantonaler Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention finanziell.

In einigen Kantonalen Aktionsprogrammen gibt es noch wenige spezifisch auf vulnerable Gruppen ausgerichtete Massnahmen. Drei Gründe sind dafür ausschlaggebend: Erstens wird der Bedarf aufgrund einer tiefen Migrationsbevölkerung respektive der Präsenz von eher hochqualifizierten Migrantinnen und Migranten im Kanton als tief eingeschätzt. Zwei-

tens stand die Förderung der Chancengleichheit aufgrund von strategischen Überlegungen oder Zeitmangel nicht im Fokus der ersten Phase, diese soll aber in der zweiten Phase verstärkt beachtet werden. Drittens wird das Thema Chancengleichheit als Querschnittsthema erachtet, welches in allen Projekten mitgedacht wird. Aus diesem Grund werden die Projekte in Handlungsfeldern wie der Mütterberatung und der Schule durchgeführt, welche Zugang zu einem grossen Teil der Bevölkerung, einschliesslich vulnerabler Gruppen, gewährleisten. Die Erfahrungen einzelner KAP zeigen jedoch, dass solch breite Massnahmen bei besonders vulnerablen Gruppen nicht greifen und es ein zusätzliches Engagement zu deren Erreichung braucht.
Nachfolgend wird zuerst die Entwicklung der KAP bezüglich Chancengleichheit seit 2009 über die vier Ebenen sowie das Programmmanagement im Detail nachgezeichnet. Danach wird auf die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen eingegangen.

Der Anteil Modulprojekte, welche den Aspekt der Chancengleichheit berücksichtigen, ist gestiegen

Im Jahr 2011 berücksichtigten 35 Prozent der Modulprojekte den Aspekt der Chancengleichheit, was einer deutlichen Steigerung gegenüber 2009 entspricht (19 %). Diese Steigerung ist gleichermassen bei den KAP der frühen wie auch der späten Gruppen zu verzeichnen. Die grosse Mehrheit dieser Modulprojekte bezieht sich auf die Migrationsbevölkerung. Dabei zielen knapp zwei Drittel (59 %) der Projekte mit Aspekten der Chancengleichheit nur auf die Migrationsbevölkerung, ein knappes Drittel (31 %) berücksichtigt zusätzlich noch einkommensschwache oder bildungsferne Gruppen (z. B. Primano) respektive Genderaspekte (z. B. Turnen für Migrantinnen). Modulprojekte, die nur auf einkommensschwache oder bildungsferne Gruppen abzielen (z. B. Gut, gesund und günstig essen oder Cuisinez malin!), oder rein genderspezifische Angebote (z. B. Roundabout Moving Girls) sind sehr selten (5 respektive 2 Projekte). Die Hälfte der Projekte mit Berücksichtigung der Migrationsbevölkerung verwendet übersetzte Materialien (z. B. Purzelbaum, rundum fit). Bei je einem Viertel der Projekte handelt es sich um eine Öffnung der Strukturen (z. B. Miges Balù) respektive um spezifische Angebote (z. B. FemmesTische).

Erste Massnahmen für vulnerable Gruppen auf Policyebene

Im Jahr 2011 berücksichtigten acht der 70 Policymassnahmen den Aspekt der Chancengleichheit (11 %). Fünf dieser Massnahmen richten sich an die Migrationsbevölkerung und drei an einkommensschwache oder bildungsferne Gruppen ausländischer und inländischer Herkunft. Bei den fünf ausschliesslich auf Migrantinnen und Migranten fokussierten Massnahmen handelt es sich um übersetzte Materialien respektive interkulturelle Übersetzungen. Die Massnahmen, welche mehrere vulnerable Gruppen abdecken, beinhalten eine Öffnung von Strukturen wie Open Sunday und Midnight Sport. Da im Jahr 2009 keine Vergleichszahlen erhoben wurden, entsprechen diese Zahlen einer Nullmessung.

Die Vernetzung mit Partnern aus dem Integrations- und Sozialbereich wurde verstärkt

Eine programmübergeordnete Vernetzung findet nach Aussage der KAP-Verantwortlichen vor allem über kantonale Ämter und Fachstellen für Soziales und Integration statt. Diese Vernetzung hat sich seit der letzten Evaluationsrunde im Jahr 2009 verstärkt. Mit NGO wie Caritas, Hilfswerk der Evangelischen Kirche Schweiz (HEKS) und Rotes Kreuz arbeiten die KAP hauptsächlich in konkreten Projekten zusammen. In strategisch ausgerichteten Gremien wie der Steuergruppe haben gemäss Angaben der KAP-Verantwortlichen im Fragenkatalog keine Vertretende des Migrationsbereichs Einsitz. In sieben KAP sind diese jedoch in der Begleitgruppe vertreten. Aus den erhobenen Datengrundlagen geht nicht klar hervor, ob es sich dabei um Fachleute schweizerischer Herkunft oder um Vertretende der Migrationsbevölkerung handelt. Personen mit Migrationshintergrund wie interkulturelle Vermittelnde und Vertretende von Migrantenvereinen werden nach Aussage einzelner KAP-Verantwortlicher in die Leitung, Konzeption und Umsetzung von Projekten einbezogen.

Die Öffentlichkeitsarbeit wird mittels Übersetzungen auf vulnerable Gruppen ausgerichtet

Die KAP-Verantwortlichen setzen übersetzte Materialien verschiedener Organisationen wie des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK), des Bundesamts für

Gesundheit (Migesplus), der Pro Juventute und der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung ein. Diese Materialien wurden nicht unbedingt für die breite Öffentlichkeitsarbeit, sondern für konkrete Aktionen und als Hilfsmittel für Multiplikatoren genutzt. Seltener wurden von den KAP Materialien selber entwickelt oder übersetzt. Um bildungsferne Gruppen zu erreichen, wird dabei auf eine einfache Sprache und den Einsatz von Bildern geachtet. Bei bildungsfernen Gruppen ist nach Ansicht einzelner KAP-Verantwortlicher der persönliche Kontakt wichtiger als schriftliche Unterlagen.

Ins Programmmanagement fliessen Erkenntnisse bezüglich Chancengleichheit aus Wissenschaft und Praxis ein

Die KAP-Verantwortlichen haben in den Evaluationsgesprächen berichtet, dass sie sich bei der Konzeption und Umsetzung von Aktivitäten bezüglich Chancengleichheit auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis stützen. Zu den wissenschaftlichen Grundlagen zählen – erstens – statistische Daten von Bund, Kantonen und Gemeinden zur Bestimmung der Grösse verschiedener Migrantengruppen im Kanton. Zweitens dienen kantonale Studien und Gesundheitsberichte sowie das BMI-Monitoring als Grundlage für die Bestimmung des Gesundheitszustands vulnerabler Gruppen im Bereich gesundes Körpergewicht. Drittens bieten die vom Bundesamt für Gesundheit initiierten und finanzierten Bedarfsanalysen migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention Hilfestellungen für die Konzeption geeigneter Massnahmen. Zu den praxisgestützten Erfahrungen zählen einerseits die Rückmeldungen von Akteuren, welche im Berufsalltag mit vulnerablen Gruppen und insbesondere der Migrationsbevölkerung in Kontakt stehen. Dazu zählen unter anderem im Migrationsbereich tätige NGO wie Caritas, interkulturelle Vermittelnde, Mütterberaterinnen, Lehrpersonen sowie Ärztinnen und Ärzte. Eine weitere für das Programmmanagement wichtige Aktivität betrifft die von SRK und Gesundheitsförderung Schweiz angebotene Weiterbildung zur migrationsfreundlichen Gestaltung von Projekten. Im Jahr 2010 wurden drei solche Weiterbildungen mit insgesamt 37 Teilnehmenden und im Jahr 2011 zwei Weiterbildungen mit 25 Teilnehmenden durchgeführt. Gemäss Evaluationsgesprächen haben die KAP-Verantwortlichen aus einem Drittel der Kantone bereits an dieser Weiterbildung teilgenommen. Neben den KAP-Verantwortlichen haben auch Projektleitende sowie Mitarbeitende von Gesundheitsförderung Schweiz und Suisse Balance die Weiterbildung absolviert.

Die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen ist nach wie vor schwierig

Etliche KAP-Verantwortliche in den Kantonen sowie bei Gesundheitsförderung Schweiz erachten die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen und insbesondere der Migrationsbevölkerung als schwierig. Die Gründe dafür liegen einerseits bei den betroffenen Gruppen selber. So sind beispielsweise gewisse Migrantinnen und Migranten, welche erst kürzlich eingewandert sind oder sehr patriarchale Familienstrukturen aufweisen, besonders schwer erreichbar. Andererseits sind die Gründe auf Projektebene zu finden. Gewisse Projekte sind von ihrer Anlage her zu hochschwellig konzipiert. Eine Teilnahme an den Projekten erfordert von den Eltern ein gewisses Bildungsniveau und Deutschkenntnisse. Den Projektleitenden fehlt es zudem teilweise an Kenntnissen über die Zugangswege zu vulnerablen Gruppen sowie an personellen und finanziellen Ressourcen, um die für die Erreichbarkeit notwendige zeitintensive Beziehungsarbeit zu leisten. Gemäss den KAP-Verantwortlichen von GFCH wäre es wichtig, zu überlegen, bei welchen Projekten eine Weiterentwicklung in Richtung Chancengleichheit angemessen ist und bei welchen andere Wege geprüft werden sollen.

Die Diskussionen im Rahmen des Workshops mit den KAP-Verantwortlichen zeigen, dass neben der Migrationsbevölkerung generell ein Handlungsbedarf bei anderen vulnerablen Gruppen wie Bildungsfernen und Einkommensschwachen besteht. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen sehr wenige Erfahrungen bezüglich Erreichung dieser vulnerablen Gruppen vor. Beispiele bilden ein Vortrag mit dem Ratgeber der Stiftung für Konsumentenschutz «Gut, gesund und günstig essen» sowie niederschwellige betreute Freizeitangebote wie Midnight Sport und Open Sunday. Ein Potenzial wird von den KAP-Verantwortlichen in der Zusammenarbeit mit den Sozialämtern sowie neuen Ansätzen in der Verhältnisprävention

gesehen. So ist beispielsweise Wasser trinken eine Empfehlung, die auch von sozioökonomisch Schwächeren einfach umgesetzt werden kann.

Basel-Landschaft: Vitalina

Das Projekt Vitalina wurde im Auftrag des Kantons Basel-Landschaft von der HEKS Regionalstelle entwickelt und ist Anfang 2009 gestartet. Im Rahmen des Projekts erhalten fremdsprachige Eltern mit Kindern im Vorschulalter von interkulturellen Vermittelnden zu Hause oder an öffentlichen Orten (Spielplätzen, Gemeinschaftszentren, Deutschkursen usw.) Informationen, Beratung und alltagspraktische Anregungen zum Thema gesunde Ernährung und Bewegung. Die Einsätze der interkulturellen Vermittelnden werden in elf Sprachen durchgeführt. Bis Ende 2011 fand das Projekt in sechs Gemeinden im Kanton Basel-Landschaft sowie im Kanton Basel-Stadt statt. Eine externe Evaluation[17] zeigt einerseits gute Resultate bei der Zielgruppenerreichung auf. Vitalina stösst bei Personen mit Migrationshintergrund respektive tiefer Bildung, welche durch herkömmliche Projekte schlecht erreicht werden, auf Anklang. So konnten 1550 Beratungen bei den Zielpersonen durchgeführt werden. Andererseits wurden durch die externe Evaluation Wirkungen von Vitalina bei den Teilnehmenden festgestellt. Diese wurden für gesunde Ernährung und Bewegung sensibilisiert und haben an Kenntnis- sowie Handlungswissen gewonnen. Die Teilnehmenden sind bereit, das neu erworbene Wissen umzusetzen und Veränderungen in ihrem Ernährungs- und Bewegungsverhalten vorzunehmen. Schliesslich wird Vitalina durch die Vermittlung von lokalem Wissen in der Muttersprache eine integrative Wirkung zugesprochen.

[17] Gloor, D.; Meier, H. (2011): Evaluation «Vitalina – aktive Eltern für gesunde Kinder». Social Insight, Schinznach-Dorf.

2.7 Investitionen

Der folgende Abschnitt behandelt den Umfang der in die Kantonalen Aktionsprogramme investierten Gelder. Die Auswertung der Kostendaten ist deskriptiver Art, da die zur Verfügung stehenden Daten aufgrund der Heterogenität der Kostenerfassung in den Kantonen nicht geeignet sind für vertiefte statistische Auswertungen. Äusserst wichtig ist der Hinweis, dass die Perspektive der ökonomischen Evaluation beschränkt ist, da Kosten auf Seiten der Multiplikatoren nicht und jene der Partner der KAP (externe Sponsoren) nur ansatzweise erfasst werden konnten.[18]

Die Investitionen steigen

Im Jahr 2011 wurden insgesamt rund 14,8 Millionen Franken in die KAP investiert. Das entspricht ungefähr 1 Prozent der Ausgaben in der Schweiz für Prävention im Jahr 2010.[19] Davon trugen die Kantone den Hauptanteil mit rund 64 Prozent.[20] Gesundheitsförderung Schweiz zahlte rund 3,2 Millionen Franken direkt an die KAP und 1,4 Millionen Franken für übergeordnete Leistungen, wie zum Beispiel das Wirkungsmanagement, das BMI-Monitoring, Grundlagenarbeiten und die Betreuung der vier Ebenen.[21] Dies entspricht knapp einem Viertel der Ausgaben von Gesundheitsförderung Schweiz.[22] Pro KAP wurden 2011 im Mittel rund 640 000 Franken investiert, das bedeutet eine deutliche Zunahme gegenüber 2009 mit rund 570 000 Franken. Dies dürfte daran liegen, dass seit 2009 zwei grosse Kantone (Bern und Zürich) ein KAP gestartet haben und diese einen grösseren finanziellen Aufwand erfordern als kleinere Kantone. Die Tabelle D 2.10 zeigt die Entwicklung der Investitionen seit der letzten Evaluationsrunde.

D 2.10: Investitionen in die KAP

Jahr	Anzahl KAP	Investitionen in Mio. CHF				
		Pro KAP (Mittelwert)	Gesamt	Beitrag GFCH		Beitrag Kantone/ Dritte
				Übergeordnete Leistungen	Direkt an die KAP	
2009	16	0,57	9,7	0,66	2,7	6,3
2010	20	0,61	15,6	3,4[23]	3,6	8,7
2011	21	0,64	14,8	1,4	3,2	10,2

Quelle: Kostenerfassungsformulare der Kantone
Zahlen gerundet. Einschliesslich geschätzter Gemeinkosten und übergeordneter Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz.

[18] Im buchhalterischen Terminus: Es konnte keine Vollkostenrechnung durchgeführt werden. Vgl. auch Ausführungen in der Zwischensynthese 2010, S. 47 f.
[19] Laut Angaben des Bundesamts für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, T 14.5.2.2 wurden im Jahr 2010 (provisorische Zahlen) 1480 Mio. Franken in Prävention investiert, davon rund 18,5 Mio. Franken in Gesundheitsförderung (Art. 19 KVG). <http://www.bfs.admin.ch/>, Zugriff am 2.7.2012.
[20] Der Beitrag der Kantone wurde berechnet als Gesamtausgaben abzüglich Beitrag von Gesundheitsförderung Schweiz und abzüglich der Beiträge externer Sponsoren gemäss Kostenerfassungsformularen.
[21] Einschliesslich des geschätzten Gemeinkostenanteils.
[22] Vgl. Fussnote 19
[23] Dieser Betrag fällt im Vergleich zum Vorjahr hoch aus, weil darin neu die Kampagnen von Gesundheitsförderung mit eingerechnet wurden. In den Vorjahren wurden die Kampagnen ausserhalb der KAP gerechnet.

Der Anteil von Gesundheitsförderung Schweiz an den Gesamtinvestitionen sinkt

Der Anteil von Gesundheitsförderung Schweiz an den gesamten Investitionen 2011 (31 %) ist gegenüber 2009 (35 %) rückläufig. Im Jahr 2010 stiegen vorübergehend die Ausgaben für übergeordnete Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz, da die Kosten der Kampagne im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in diesem Jahr einmalig im KAP-Budget enthalten waren.

Aus finanzieller Sicht zeichnet sich ab, dass Gesundheitsförderung Schweiz die Funktion eines Impulsgebers erfolgreich erfüllt. Im Jahr 2011 wurden rund 13,4 Millionen Franken von Gesundheitsförderung Schweiz, den Kantonen und anderen Sponsoren direkt in die KAP investiert.[24] Dabei trugen die Kantone den Hauptanteil, der Anteil von Gesundheitsförderung Schweiz betrug rund ein Viertel (24 %). Für jeden Franken, den Gesundheitsförderung Schweiz direkt in die KAP investierte, wurden rund 3,20 Franken von den Kantonen und Dritten investiert («Multiplikatoreffekt»).[25] Hier hat seit 2009 eine Zunahme stattgefunden von damals rund 2,30 Franken und 2010 rund 2,40 Franken.[26]

Die Investitionen pro Kind sind über die Jahre gleich geblieben

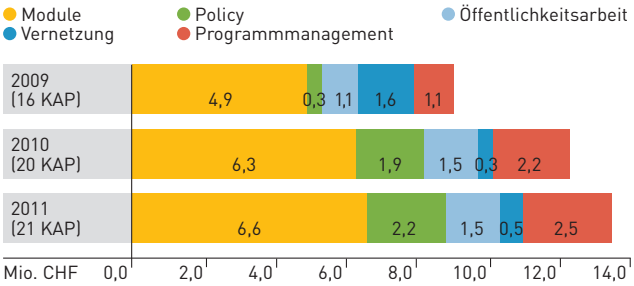
Im Jahr 2011 wurden in den KAP pro Kind im Alter von 0 bis 16 Jahren – wie in den Vorjahren – im Mittel rund 14 Franken ausgegeben. Allerdings variiert der Umfang der Kosten zwischen den Kantonen deutlich zwischen rund 3 Franken minimal und rund 37 Franken maximal.

Die meisten Mittel fliessen nach wie vor in die Modulebene

Die Hälfte der 13,4 Millionen Franken, die 2011 von den Kantonen und Dritten sowie Gesundheitsförderung Schweiz direkt in die KAP investiert wurden, floss in die Modulebene, je ein Fünftel in die Policyebene und das Programmmanagement und ein Zehntel in die Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Darstellung D 2.11). Den geringsten finanziellen Aufwand hatte die Vernetzungsebene mit einer knappen halben Million Franken.

Seit der letzten Evaluationsrunde hat der Anteil der Investitionen in die Modulebene abgenommen, vermutlich weil zunehmend «fertige» (multiplizierbare) Modulprojekte erarbeitet waren und weniger in die Entwicklung investiert werden musste (von 54 % auf 50 %). Mit zunehmender Etablierung der KAP nahm auch der relative Aufwand für die Vernetzung ab (von 18 % auf 4 %). Etwa gleich geblieben ist der Anteil der Öffentlichkeitsarbeit in den KAP (12 % und 11 %). Zugenommen hingegen hat der Anteil der Investitionen in die Policyebene, was auf eine Zunahme der Bedeutung dieser Ebene hinweist (von 3 % auf 17 %). Ebenfalls zugenommen hat der relative Aufwand für das Programmmanagement (von 12 % auf 19 %). Dies könnte einerseits daran liegen, dass zwei grosse Kantone erst in dieser Evaluationsrunde ein Aktions-

D 2.11: Kostenentwicklung nach Ebenen seit 2009



Quelle: Kostenerfassungsformulare der Kantone
Zahlen gerundet. Direkt in die KAP investierte Gelder einschliesslich geschätzter Gemeinkosten ohne übergeordnete Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz. Gesamtinvestitionen 2009 rund 9 Mio. CHF, 2010 rund 12 Mio. CHF und 2011 rund 13 Mio. CHF. Die kleinen Abweichungen zu Tabelle D 2.10 beruhen auf Rundungen.

[24] Von den 14,8 Mio. Franken insgesamt wurden 1,4 Mio. Franken in übergeordnete Leistungen und 13,4 Mio. Franken direkt in die KAP investiert.

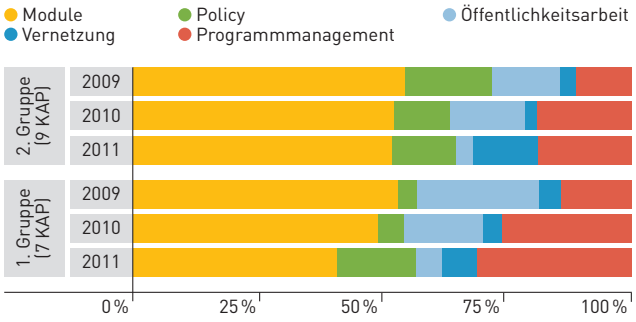
[25] Dieser Effekt zeigt sich auch, etwas abgeschwächt, bei alleiniger Betrachtung der ersten und zweiten Gruppe: Hier waren es 2011 rund 3,00 Franken.

[26] Hier sind die übergeordneten Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz nicht enthalten. Werden diese ebenfalls berücksichtigt, betrug der Multiplikatoreffekt 2009 rund 1 : 1,90 Franken und 2011 rund 1 : 2,10 Franken.

programm gestartet haben. Aufgrund des grösseren Aufwands zu Beginn des Programms für das Aufgleisen der Massnahmen dürften die Kosten für das Programmmanagement in diesen Kantonen höher sein. Da diese Kantone ein grösseres Finanzvolumen aufweisen, fallen ihre Kosten an den Gesamtkosten für das Programmmanagement über alle Kantone hinweg stärker ins Gewicht. Eine weitere Erklärung bietet andererseits die problematische Abgrenzung der Ebene der Vernetzung vom Programmmanagement bei der Kostenerfassung in einigen Kantonen.

Insgesamt zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Entwicklung der Kostenanteile zwischen den Gruppen sowie zwischen den einzelnen KAP. Um die Entwicklung genauer beurteilen zu können, werden die zwei frühen Gruppen getrennt voneinander über die Zeit betrachtet (vgl. Darstellung D 2.12). Hier zeigt sich vor allem in der ersten Gruppe eine deutliche Verschiebung der Kosten weg von der Modulebene und der Öffentlichkeitsarbeit hin zu Policy und Programmmanagement. Es bleibt unklar, ob es sich hier um ein Problem der Zuordnung der Kosten zu den einzelnen Ebenen oder um einen tatsächlichen Effekt handelt. Die Neueinteilung gewisser Projekte, beispielsweise Fourchette verte von der Modul- zur Policyebene, könnte die Zunahme auf letzterer Ebene erklären. Der starke Rückgang der Kosten für die Öffentlichkeitsarbeit 2011 ist darauf zurückzuführen, dass in diesem Jahr keine Kampagne durchgeführt wurde.

D 2.12: Kostenentwicklung der Ebenen in den frühen Gruppen seit 2009



Quelle: Kostenerfassungsformulare der Kantone
Zahlen gerundet. Direkt in die KAP investierte Gelder einschliesslich der geschätzten Gemeinkosten ohne übergeordnete Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz.

Finanzieller Stellenwert der KAP im Themenbereich schwer bestimmbar

Gemäss Kostenerfassungsformularen betrugen die Beiträge von externen Sponsoren an den Gesamtkosten der KAP 2010 und 2011 knapp 700 000 Franken. Dies entspricht einem Anteil von rund 5 Prozent an den gesamten Investitionen.[27] Allerdings ist aufgrund von Bemerkungen in den Kostenerfassungsformularen zu vermuten, dass die tatsächlichen Investitionen externer Sponsoren höher liegen. Die Berücksichtigung der Beträge von externen Sponsoren ist schwierig. So werden Projekte, die in manchen Kantonen unter dem KAP laufen (bspw. Fourchette verte oder J+S kids), in anderen Kantonen anderweitig finanziert und daher nicht zu den KAP gezählt. Zahlen zu anderen Finanzquellen entziehen sich in den meisten Fällen der Kenntnis der KAP-Verantwortlichen. Dies betrifft auch öffentliche Gelder, die ausserhalb des KAP in den Kantonen in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Bereich Bewegung und Ernährung investiert werden. Die grosse Mehrheit der befragten KAP-Verantwortlichen hat sich zu diesem Punkt nicht geäussert. Die wenigen verfügbaren Antworten liefern punktuelle Hinweise, dass vor allem der Bereich Sport(förderung) ein weiterer relevanter Player sein dürfte.

Unterschiedlicher Aufwand für Modulprojekte und schwer bestimmbares Aufwand-Nutzen-Verhältnis

Gesundheitsförderung Schweiz hat für die Evaluation eine Reihe von wichtigen, am meisten verbreiteten Projekten zur Abschätzung der Zielgruppenerreichung ausgewählt (vgl. Kapitel 4). Angaben zu diesen Projekten liefern erste Anhaltspunkte, dass ein Zusammenhang zwischen Aufwand und Verbreitung besteht. Es zeigt sich, dass sich die Investitionen der Modulebene auf Projekte mit guter Verbreitung konzentrieren: Sie binden knapp zwei Drittel

[27] Einschliesslich der übergeordneten Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz und der geschätzten Gemeinkosten.

der Investitionen der Modulebene.[28] Die Pro-Kopf-Ausgaben pro erreichtes Kind schwanken stark. Im Median liegen sie bei rund 40 Franken. Tief sind die Ausgaben bei Projekten, die eine reine Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren beinhalten. Hier ist zu beachten, dass die Kosten, die den Multiplikatoren selbst respektive bei der Weitergabe des Erlernten entstehen, nicht berücksichtigt sind. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind Kosten, welche ausserhalb des Budgets des Aktionsprogramms (z. B. personelle Ressourcen) gedeckt sind. Mittel sind die Pro-Kopf-Ausgaben pro erreichtes Kind bei Projekten, die sich auf Essensangebote beziehen. Hoch sind die Ausgaben vor allem in Projekten mit Bewegungsangeboten und in Projekten mit einer komplexen Projektstruktur in Form eines Programm- oder Massnahmenpakets. Auffallend ist, dass auch bei den Pro-Kopf-Ausgaben für dasselbe Modulprojekt deutliche Schwankungen zwischen den KAP existieren. Dies könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass manche Projekte zusätzlich finanziert werden und diese Mittel in der Kostenerfassung des KAP nicht auftauchen. Andererseits könnten sich unterschiedliche Projektphasen darin widerspiegeln.

Da in der aktuellen Evaluationsrunde keine Daten zur Messung von Wirkungen der Modulprojekte bei der Zielgruppe (Outcome) vorliegen, kann der Nutzen der einzelnen Projekte nicht quantifiziert werden. Daher können keine Aussagen zum Verhältnis Aufwand und Nutzen verschiedener Modulprojekte gemacht werden.

[28] Diese Berechnung beruht auf 82 von 160 Modulprojekten mit vorhandenen Angaben zu den Kosten auf Projektebene (51 %). Insgesamt hatten diese im Jahr 2011 einen Aufwand von rund 3,0 der 4,8 Millionen Franken (ohne geschätzte Gemeinkosten).

3 Die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz

In diesem Kapitel werden die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz in den Bereichen Finanzen, Vernetzung, Beratung, Wissensaufbereitung und Wissenstransfer, Öffentlichkeitsarbeit und Wirkungsmanagement beschrieben. Für diese Leistungen wendete **Gesundheitsförderung Schweiz im Jahr 2011 4,6 Millionen Franken auf und setzte 300 Stellenprozente ein.**

Die finanzielle Unterstützung wird sehr positiv beurteilt und setzt wichtige Impulse

Die aktuelle finanzielle Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz wird von einer grossen Mehrheit der interviewten KAP-Verantwortlichen als sehr positiv beurteilt. In einigen Kantonen war es nur durch diese Unterstützung möglich, ein Kantonales Aktionsprogramm zu lancieren. Einzelne KAP-Verantwortliche äussern sich aufgrund spezifischer kantonaler Gegebenheiten kritischer. Für kleine Kantone seien die Einreichung eines Konzeptes und die Durchführung eines monothematischen Schwerpunktprogramms aufgrund beschränkter personeller und finanzieller Ressourcen schwierig. Entsprechend sollten sie mit zusätzlichen Mitteln unterstützt werden. Mehr finanzielle Mittel fordert auch der Vertreter eines grossen Kantons, welcher aufgrund der hohen Anzahl Krankenkassenprämienzahler einen grösseren Beitrag an die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz leistet. In zweisprachigen Kantonen brauchte es aufgrund unterschiedlicher Strukturen und Sprachen zusätzliche Mittel.

Die Vernetzungsaktivitäten werden sehr geschätzt, könnten aber auf nationaler Ebene noch verstärkt werden

Die Aktivitäten von Gesundheitsförderung Schweiz im Bereich der Vernetzung werden von einer grossen Mehrheit der befragten KAP-Verantwortlichen sehr geschätzt. Das am häufigsten erwähnte Vernetzungsgefäss von Gesundheitsförderung Schweiz ist für die KAP-Verantwortlichen die jährlich stattfindende Netzwerktagung. Einzelne KAP-Verantwortliche erwähnen auch die mit Vertretenden von Gesundheitsförderung Schweiz und der Kantone besetzte Begleitgruppe des Programms. Nach Einschätzung der KAP-Verantwortlichen sorgt Gesundheitsförderung Schweiz durch die Vernetzungsaktivitäten für den fachlichen Austausch sowie die Vernetzung zwischen einzelnen KAP. Die Stiftung hat die Vernetzung im Bereich der Gesundheitsförderung schweizweit vorangetrieben und den Austausch über die Sprachgrenzen hinweg gefördert. Sie nimmt bei der Projektmultiplikation eine Drehscheibenfunktion ein. Zwei Optimierungen werden jedoch von einzelnen KAP-Verantwortlichen gewünscht. Erstens werden gehaltvollere und praxisbezogenere Inhalte an den Netzwerktagungen und häufiger stattfindende Austauschtreffen gewünscht. Dieses Anliegen gedenkt Gesundheitsförderung Schweiz durch informelle regionale Treffen aufzugreifen. Zweitens solle sich Gesundheitsförderung Schweiz noch stärker als wichtigster Ansprechpartner auf nationaler Ebene für die Themen Ernährung und Bewegung positionieren. Bisher ist Gesundheitsförderung Schweiz vor allem in den Netzwerken Nutrinet, HEPA, Forum Obesity Schweiz, Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen sowie Bildung und Gesundheit aktiv. Aus Sicht von Gesundheitsförderung Schweiz wurde die Zusammenarbeit mit nationalen Verbänden verschiedener Multiplikatoren wie Hebammen und Mütterberaterinnen bisher vernachlässigt und sollte gestärkt werden. Aus den Diskussionen am Workshop mit den KAP-Verantwortlichen ging hervor, dass unter anderem ein längerfristiges finanzielles Engagement von Gesundheitsförderung Schweiz sowohl die Verankerung von Modulprojekten als auch Fortschritte bei der Umsetzung von Policymassnahmen erleichtern könnte.

Die Beratungsleistungen finden im Spannungsfeld zwischen Qualitätssicherung und Anpassung an kantonale Gegebenheiten statt

Eine Mehrheit der interviewten KAP-Verantwortlichen beurteilt die Beratungen als gut. Geschätzt werden die gute Erreichbarkeit, die klaren Zuständigkeiten, der konstruktive Austausch sowie die

professionelle und kompetente Unterstützung der Mitarbeitenden von Gesundheitsförderung Schweiz. Diese müssen schwer vereinbare Ansprüche berücksichtigen. Einerseits müssen sie darauf achten, dass alle KAP den gleichen Qualitätskriterien genügen. Andererseits muss den unterschiedlichen kulturellen, sprachlichen und strukturellen Gegebenheiten Rechnung getragen werden. Diesbezüglich äussern sich einzelne KAP-Verantwortliche kritisch. Sie empfinden die Beratungen als zu wenig flexibel und praxisbezogen. Den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Kantonen würde zu wenig Rechnung getragen. Die Kritiker anerkennen jedoch, dass die Beratungen im Verlaufe der Zeit die Bedürfnisse der Kantone besser berücksichtigen. Einzelne KAP-Verantwortliche wünschen sich eine stärkere Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz bei der Lobbyarbeit für das KAP im Regierungsrat. Gesundheitsförderung Schweiz ist sich der mangelnden Einflussmöglichkeit gewisser KAP-Verantwortlicher aufgrund ihrer hierarchischen Stellung in der Verwaltung durchaus bewusst und hat mit den Regierungsräten einiger Kantone Kontakt aufgenommen.

Die Beurteilung der Leistungen im Bereich Wissensaufbereitung und -transfer fällt gemischt aus

Die Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz im Bereich Wissensaufbereitung und -transfer werden von den befragten KAP-Verantwortlichen gemischt beurteilt. Von mehreren KAP-Verantwortlichen werden die beiden State-of-the-Art-Berichte und der Bericht «Süssgetränke versus Wasser» positiv erwähnt. Vor allem der erste Bericht sei eine qualitativ gute Grundlage für die Arbeit der Kantonalen Aktionsprogramme. Einzelne KAP-Verantwortliche finden auch die Newsletter und die Weiterbildungen nützlich. Es werden jedoch auch zwei Kritikpunkte geäussert. Die Informationen auf der Homepage und in den Berichten seien häufig zu umfassend und relevante Fakten schwer erkennbar. Zudem sei die Praxisrelevanz des aufbereiteten Wissens nicht immer gegeben. Der Wissenstransfer findet jedoch nicht nur über die Lektüre der Berichte durch die KAP-Verantwortlichen statt. Die Empfehlungen aus dem State-of-the-Art-Bericht und der Zwischensynthese der Selbstevaluation (vgl. nächster Abschnitt) sind Bestandteil der Konzepte für die zweite Phase. Gesundheitsförderung Schweiz hat diese Empfehlungen zum Bestandteil der Planungspapiere und Verträge gemacht.

Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis des Wirkungsmanagements wird kritisch beurteilt

Die im Rahmen des Wirkungsmanagements durchgeführte Selbstevaluation wird unterschiedlich beurteilt. Positiv hervorgehoben wird von der Mehrheit der interviewten KAP-Verantwortlichen die Vereinfachung der für die Selbstevaluation notwendigen Erhebungsinstrumente. Für einige KAP-Verantwortliche sind die Selbstevaluationsraster zudem ein wichtiges Instrument für die Selbstreflexion und die Steuerung der Programme. Negativ beurteilt wird von gewissen KAP-Verantwortlichen das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Selbstevaluation. Sie sind der Ansicht, dass der Synthesebericht ihnen keinen unmittelbaren Nutzen auf operativer Ebene liefert, und beurteilen die ökonomischen Evaluationen aufgrund der schwer vergleichbaren Daten kritisch. Die übergeordneten Aussagen über alle KAP hinweg im Synthesebericht sind jedoch für die KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz für die Rechenschaftsablegung und die Legitimation der Investitionen in die KAP von Bedeutung. Die ökonomische Evaluation ist für die KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz ein Bestandteil dieser Legitimation gegenüber der Politik. Im Rahmen des Workshops mit den KAP-Verantwortlichen wurden mehrere Möglichkeiten diskutiert, wie die Selbstevaluation optimiert werden könnte:

- *Nutzung der Selbstevaluation als Lerninstrument:* Innerhalb der Programmleitungen, der Begleitgruppe oder im Austausch mit den Projektleitenden könnte die Selbstevaluation noch stärker als Lerninstrument genutzt werden.
- *Standardisierung der ökonomischen Evaluation:* Die Erfassung der Daten für die ökonomische Evaluation ist für die KAP-Verantwortlichen sehr komplex und aufwendig. Die Datenbasis ist zudem aufgrund unterschiedlicher Kostenerfassungsprozesse in den Kantonen sehr heterogen. Um den Aufwand für die KAP-Verantwortlichen zu reduzieren und die Standardisierung der Daten zu verbessern, könnte auf die Jahresabschlussrechnung der KAP zurückgegriffen werden.

– *Nützliche Evaluationsprodukte für die KAP-Verantwortlichen:* Bisher wurde für jeden Kanton ein Lang- respektive Kurzporträt des Kantonalen Aktionsprogramms verfasst. Die für die Erarbeitung einer übergeordneten Synthese erhobenen Daten sind jedoch nur beschränkt für die detaillierte und vertiefte Beschreibung der einzelnen Kantonalen Aktionsprogramme geeignet. Entsprechend werden die zusammenfassenden Porträts der grossen Komplexität der Kantonalen Aktionsprogramme nicht gerecht und sind für die KAP-Verantwortlichen wenig hilfreich. Von Nutzen wäre für die Kantone einerseits eine vertiefte Analyse einzelner Modulprojekte mittels des von Gesundheitsförderung Schweiz und Suisse Balance erarbeiteten Qualitätsrasters (quintessenz). Andererseits sind Projektevaluationen für die KAP-Verantwortlichen zur Projektoptimierung und bei der Verankerung von Modulprojekten als Argumentationshilfe gegenüber Entscheidungsträger von Nutzen (vgl. auch Abschnitt 2.3).

Die Öffentlichkeitsarbeit wird aufgrund der mangelnden Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kantone negativ beurteilt

Die Öffentlichkeitsarbeit von Gesundheitsförderung Schweiz wird von einer Mehrheit der interviewten KAP-Verantwortlichen negativ beurteilt. Der grösste Kritikpunkt ist nach wie vor, dass die Öffentlichkeitsarbeit von Gesundheitsförderung Schweiz zu wenig auf die Bedürfnisse der Kantone abgestimmt ist und die KAP zu wenig in den Prozess der Erarbeitung der Kampagnen mit einbezogen werden. Weiter wird kritisiert, dass die Informationsmaterialien teuer seien und häufig zu spät zur Verfügung stünden. Inhaltlich hätte sich die Öffentlichkeitsarbeit seit der ersten sehr umstrittenen Kampagne zwar verbessert. Die schnell wechselnden Kampagnen werden aber als wenig kohärent empfunden. Zurückgeführt wird dieser Sachverhalt auf die vielen personellen Wechsel in der Kommunikationsabteilung von Gesundheitsförderung Schweiz sowie die mangelnde Zusammenarbeit zwischen der Kommunikationsabteilung und dem für die Kantonalen Aktionsprogramme zuständigen Team. Positiv hervorgehoben werden von mehreren KAP-Verantwortlichen insbesondere die Filme über die einzelnen Projekte, welche ohne finanzielle Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz nicht hätten realisiert werden können. Gesundheitsförderung Schweiz hat durch die Schaffung zusätzlicher Personalressourcen ab 2012 konkrete Massnahmen ergriffen, um die Schnittstelle zwischen der Kommunikationsabteilung und den Verantwortlichen für die KAP in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz zu verbessern. Es ist vorgesehen, dass die für das Kantonale Aktionsprogramm zuständigen Mitarbeitenden bei Gesundheitsförderung Schweiz die Kantone gemeinsam mit Vertretenden der Kommunikationsabteilung besuchen. Wichtig ist für Gesundheitsförderung Schweiz zudem, dass die KAP und Gesundheitsförderung Schweiz sich in der Öffentlichkeitsarbeit gegenseitig unterstützen und aufeinander verweisen.

4 Wirkungshinweise

Während die Umsetzung und die Leistungen der KAP (Output) mittels der im Rahmen der Selbstevaluation eingesetzten Erhebungsinstrumente ausführlich beurteilt werden können (vgl. Kapitel 2), ist dies für mittel- und längerfristige Wirkungen (Outcome, Impact) nur bedingt der Fall. Einzelne Wirkungshinweise werden in diesem Kapitel beschrieben.

Die am weitesten verbreiteten Modulprojekte decken 130 000 Kinder/Jugendliche, 2200 Multiplikatoren sowie 6840 Settings ab (Zielgruppenerreichung)

Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren stellen die Hauptzielgruppe der Kantonalen Aktionsprogramme dar. Im Jahr 2011 beteiligten sich 22 Kantone an den Kantonalen Aktionsprogrammen, das entspricht einer potenziellen Abdeckung von 96 Prozent der knapp 1,3 Millionen Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren in der Schweiz. Dies ist eine deutliche Steigerung gegenüber der letzten Evaluationsrunde, bei der 2009 mit 17 beteiligten Kantonen potenziell rund 60 Prozent der Kinder abgedeckt wurden.[29]

In erster Linie wird die Hauptzielgruppe der Kantonalen Aktionsprogramme – die Kinder und Jugendlichen – derzeit durch die Modulprojekte erreicht. Um die Zielgruppenerreichung berechnen zu können, wurde von Gesundheitsförderung Schweiz eine Reihe weit verbreiteter Projektkonzepte bestimmt.[30] Diese entsprechen rund 50 Prozent der Modulprojekte in den Kantonen. Ziel der Auswahl war eine möglichst umfassende Abdeckung sowohl der Sprachregionen als auch der Altersgruppen (Module) und Handlungsfelder (vgl. Tabelle DA 3 im Anhang). Der Fokus der ausgewählten Modulprojekte liegt auf jüngeren Kindern bis und mit Primarschulalter. Mit diesen Projekten wurden 2011 geschätzt rund 130 000 Kinder erreicht (vgl. Tabelle DA 4 im Anhang).[31] Dies entspricht einem Anteil von rund einem Zehntel der Altersgruppe 0 bis 16 Jahre in den entsprechenden Kantonen.[32] Da die ausgewählten Projekte rund die Hälfte aller Modulprojekte in den Kantonen abdecken, dürfte die tatsächliche Zielgruppenerreichung der KAP gar höher sein. Unter der Annahme, dass die nicht in die Berechnung eingeschlossenen rund 50 Prozent der Modulprojekte eine vergleichbare Zielgruppenerreichung ausweisen, dürften effektiv bis zu 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen durch die KAP erreicht worden sein.

Die vier Modulprojekte, die 2011 am meisten Kinder erreichten (mehr als 10 000 Kinder), sind Fourchette verte, Aktion Gsunds Znüni/Znünibox sowie Purzelbaum Kindergarten und Papperla PEP junior. Da für das Modulprojekt Purzelbaum Kindergarten komplette Daten für alle beteiligten zehn KAP vorliegen und die Zielgruppe der Kindergartenkinder klar identifizierbar ist, wurden hier weitere Berechnungen vorgenommen. Mit diesem Modulprojekt werden demnach derzeit im Mittel 16 Prozent der Kindergartenkinder in den beteiligten Kantonen erreicht. Zwischen den Kantonen schwankt die Zielgruppenerreichung zwischen minimal 7 und maximal 100 Prozent.

Die Kantonalen Aktionsprogramme sind jedoch nicht nur auf die Hauptzielgruppe der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet. Auch die Erreichung von Multiplikatoren spielt eine wichtige Rolle. Mit den ausge-

[29] 2011 waren rund 1,3 Mio. Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren in den 22 KAP-Kantonen registriert, im Jahr 2009 waren es rund 817 000 in 17 KAP-Kantonen. Quelle: Bundesamt für Statistik. Ständige Wohnbevölkerung nach Kantonen und Alter, 2009.

[30] Die Auswahl der Projekte basiert auf folgenden Kriterien: hohe Zielgruppenerreichung, multipliziertes Projekt, von Gesundheitsförderung Schweiz empfohlenes Projekt, Berücksichtigung von Sprachregion, Altersgruppe der Kinder sowie Handlungsfeld. Es handelt sich dabei um die 14 am weitesten verbreiteten Projekte, zu denen Angaben zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen vorliegen bzw. errechnet werden können, und um 7 Projekte, in welchen Weiterbildung von Multiplikatoren/-innen einen wichtigen Bestandteil ausmacht. Es wurde geschätzt, dass diese Projekte insgesamt ca. die Hälfte des Potenzials der KAP ausmachen.

[31] In dieser Zahl sind Doppelzählungen, das heisst der Einbezug eines Kindes in mehreren Projekten, nicht ausgeschlossen.

[32] Quelle: Bundesamt für Statistik. Ständige Wohnbevölkerung nach Kantonen und Alter, 2009.

wählten Modulprojekten wurden 2011 geschätzt rund 2200 Multiplikatoren erreicht (vgl. Tabelle DA 4 im Anhang). Aufgrund fehlender Referenzgrössen ist es bei den Multiplikatoren nicht möglich, festzustellen, welcher Anteil möglicher Adressaten erreicht wurde.

Die Modulprojekte deckten zudem insgesamt 6480 verschiedene Settings ab (vgl. Tabelle DA 4 im Anhang). Darunter fallen Kindergarten- und Schulklassen, Kinderbetreuungsstätten und Familien.

Neben der Modulebene haben auch die anderen Ebenen eine Wirkung auf die Zielgruppen. Insbesondere der Policyebene ist ein hohes Wirkungspotenzial zuzuschreiben. Da jedoch die meisten Policymassnahmen noch im Aufbau begriffen sind, ist der Zeitpunkt für eine Beurteilung der Zielgruppenerreichung sowie der Wirksamkeit zu früh. Zur Zielgruppenerreichung der Öffentlichkeitsarbeit liegen keine Angaben vor. Die Wirkungen der Vernetzung auf die Zielgruppenerreichung sind indirekter Art und stehen daher nicht im Vordergrund. Jedoch ist festzuhalten, dass Multiplikatoren erfolgreich in die Vernetzungsaktivitäten der Kantone eingebunden wurden (vgl. Abschnitt 2.4).

Die Themen ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung haben teilweise Eingang in den Alltag von Kindern und Jugendlichen gefunden (Outcome)

Die Aktivitäten im Rahmen der Kantonalen Aktionsprogramme wirken sich einerseits auf das Verhalten der Kinder und Jugendlichen (Verhaltensprävention) und andererseits auf ihr Umfeld aus (Verhältnisprävention).

Die Identifikation verhaltensbezogener Wirkungen war nicht Gegenstand der Selbstevaluation. Aufgrund der Verschiedenartigkeit der einzelnen Programme und Projekte sowie aufgrund der hohen Komplexität der Interventionen sind dieser Art von Evaluationen auf übergeordneter Ebene enge methodische Grenzen gesetzt. Einzelne Hinweise auf Wirkungen lassen sich aber dennoch aus Fremdevaluationen einzelner Projekte gewinnen. So zeigen Evaluationen des Projekts «Purzelbaum» in mehreren Kantonen eine Zunahme der Bewegungsaktivitäten von Kindern auf.[33]

Auf übergeordneter Ebene zeigen verschiedene nationale und internationale wissenschaftliche Studien ein heterogenes Bild bezüglich des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Schweizer Kindern und Jugendlichen, wobei eine direkte kausale Verbindung zwischen diesen Daten und den Kantonalen Aktionsprogrammen nicht gemacht werden kann:

– *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC):*[34]
  In der internationalen HBSC-Studie wurden 11- bis 15-Jährige aus 43 Ländern in Europa und Nordamerika zu ihrem Gesundheitszustand und -verhalten befragt. Während die Schweizer Jugendlichen beim Anteil der Übergewichtigen gemäss BMI im internationalen Vergleich sehr gut abschneiden, ist das Bild bei den Fragen zur Ernährung und Bewegung heterogen. Ein täglicher Früchtekonsum wird, je nach Alter und Geschlecht, von einem Drittel bis zur Hälfte der Befragten angegeben, was im Vergleich mit den anderen Ländern sehr gut ist. Weniger gut schneiden die Schweizer Kinder/Jugendlichen im internationalen Vergleich ab hinsichtlich des täglichen Süssgetränkekonsums (ein Fünftel bis ein Drittel) und eines regelmässigen Frühstücks (knapp die Hälfte bis zwei Drittel). Auffallend wenig Schweizer Kinder/Jugendliche geben weniger als eine Stunde moderate bis intensive körperliche Aktivität täglich an und gehören

[33] Puder, Jardena; Barral, Jérôme; Bonvin, Antoine (2011): Zusammenfassung des Evaluationsberichtes zum Projekt «Youp'là bouge», Centre hospitalier universitaire vaudois, Institut des sciences du sport de l'Université de Lausanne. Kirchhofer, Jan; Steffen, Thomas; Müller, Barbara; Jauch, Annaïse (2007): Schlussbericht zur Evaluation des Projekts Burzelbaum – Bewegter Kindergarten, Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt. Walt, Angela; Rey, Claudia; Müller, Petra (2009): Evaluation Projekt Purzelbaum St. Gallen Schuljahr 2007/2009, Stadt St. Gallen, Schulärztlicher Dienst. Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt (Hrsg.) (2009): Schlussbericht «Purzelbaum» Pilotprojekt 2007–2009 für mehr Bewegung und gesunde Ernährung in Kindergärten des Kantons Zug.

[34] Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; Currie, D.; de Looze, M.; Roberts, C.; Samdal, O.; Smith O. R.F.; Barnekow V. (Hrsg.) (2012): Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

damit zu den Schlusslichtern im internationalen Vergleich. Allerdings ist auch der tägliche Fernsehkonsum vergleichsweise gering, was wiederum positiv zu bewerten ist.[35]

- *Schweizer Übersichtsstudie zum Bewegungsverhalten von Kindern:*[36] Eine Schweizer Übersichtsstudie aus dem Jahr 2010, welche neun Studien zum Bewegungsverhalten von Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren beurteilt, kommt zum Schluss, dass sich Kinder in der Schweiz viel bewegen – je jünger desto mehr – und die Schweizer Kinder im internationalen Vergleich zu den Aktiveren gehören. Zudem wird festgehalten, dass Daten aus Fragebogen oft schlecht mit dem objektiv gemessenen Bewegungsverhalten übereinstimmen. Die durchschnittliche, objektiv gemessene moderate bis intensive körperliche Aktivität von Kindern liegt je nach Studie zwischen 60 und 160 Minuten pro Tag.
- *State-of-the-Art-Bericht von Gesundheitsförderung Schweiz:*[37] Im 2010 veröffentlichten State-of-the-Art-Bericht wird basierend auf Daten des Monitoring-Systems Ernährung und Bewegung des BAG festgehalten, dass das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen noch verbessert werden könnte. Hierbei wird insbesondere der relativ geringe Obst- und Gemüsekonsum und der hohe Süssgetränkekonsum hervorgehoben sowie festgestellt, dass sich das Bewegungsverhalten in den letzten zehn Jahren nicht verändert hat. Gemäss der im State-of-the-Art-Bericht zitierten Studie Sport Schweiz 2008 bewegten sich die 10- bis 14-jährigen Kinder an Wochentagen etwa zwei Stunden pro Tag.

Neben den Wirkungen bei Kindern und Jugendlichen zielen die Aktivitäten im Rahmen der KAP auf das Verhalten von Multiplikatoren ab. Die Beurteilung der Wirkungen auf Multiplikatoren ist aufgrund der Daten aus der Selbstevaluation nicht möglich. Es gibt Hinweise aus den Fremdevaluationen einzelner Modulprojekte, dass die Multiplikatoren stärker für das Thema gesundes Körpergewicht sensibilisiert werden und das dazugewonnene Wissen in ihrem Berufsalltag einsetzen.[38]

Die Identifikation verhältnisbezogener Wirkungen war nur beschränkt Gegenstand der Selbstevaluation. Standards und Empfehlungen zu Bewegung und Ernährung sind im Rahmen der KAP auf kantonaler Ebene bisher nur wenige eingeführt. Ebenso wurden flächendeckend nur wenige verbesserte Bewegungsräume und Ernährungsangebote geschaffen und strukturell verankert. Auf lokaler Ebene hingegen ist die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen weiter fortgeschritten (vgl. Abschnitte 2.2 und 2.3). Ebenso zeigt der 2010 von Gesundheitsförderung Schweiz veröffentlichte State-of-the-Art-Bericht, dass sich ein Grossteil der staatlichen Volksschulen für die Themen Ernährung und Bewegung engagieren.

[35] Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass in der Studie die Handy- und Internetnutzung nicht berücksichtigt wurde.

[36] Dössegger, Alain; Jimmy, Gerda; Mäder, Urs (2010): Das Bewegungsverhalten von Kindern in der Schweiz. Eine Zusammenfassung der Erkenntnisse aus neun Schweizer Studien mit Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundes_koerpergewicht/grundlagen_wissen/1000520_Bericht_BewegungsverhaltenKinder6-11.pdf>, Zugriff am 29.9.2012.

[37] Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.) (2010): «Gesundes Körpergewicht» bei Kindern und Jugendlichen – was haben wir seit 2005 dazugelernt?, Bern und Lausanne.

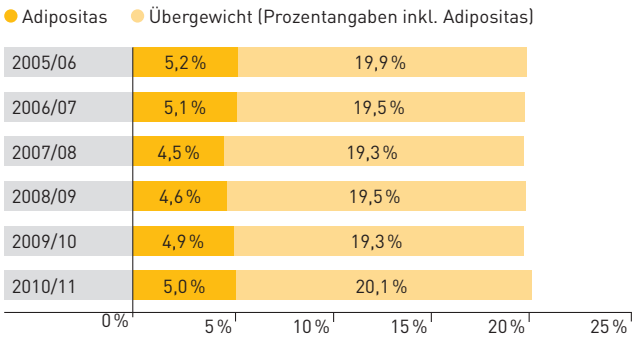
[38] Schweizerische Eidgenossenschaft, Jahresbericht «schule bewegt» Schuljahr 2010/11; Ehmig, Simone C.; Furrer, Cristina; Lenares, Janine (2009): Evaluation des Modulprojekts Weiterbildung für Hebammen, Still- und Mütterberaterinnen in St. Gallen, Lugano, Center for Applied Science in Communication and Health (ARCHE).

Der Anteil übergewichtiger Kinder/Jugendlicher bleibt insgesamt stabil oder nimmt ab (Impact)

Das Monitoring mit den Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich zeigt, dass sich die Übergewichtssituation 2011 im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert hat. Die Entwicklung über die Zeit ist mit einem Anteil von 20 Prozent übergewichtiger Kinder seit dem Schuljahr 2005/06 insgesamt stabil geblieben (vgl. Darstellung D 4.1).

Zwischen den drei Schulstufen (Kindergarten, Unter-/Mittelstufe, Oberstufe) bestehen deutliche Unterschiede. Umso jünger die Kinder sind, desto geringer ist der Anteil an Übergewichtigen. Auch die Entwicklung ist unterschiedlich. Im Kindergarten hat der Anteil übergewichtiger Kinder von rund 16 Prozent (2005/06) leicht auf rund 15 Prozent (2010/11) abgenommen. Unter- und Mittelstufe sind gleich geblieben bei rund 22 Prozent. Der Anteil in der Oberstufe ist leicht gestiegen von rund 23 Prozent (2005/06) auf rund 26 Prozent (2010/11). Dies könnte auf einen Kohorteneffekt zurückzuführen sein.[39] Es fällt auf, dass innerhalb einer Schulstufe der Unterschied zwischen den drei Städten grösser ist als zwischen den Jahren 2005/2006 und 2010/2011.[40]

D 4.1: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder (in Basel, Bern, Zürich), Schuljahre 2005/06 bis 2010/11



Quelle: Stamm, H.; Frey, D.; Gebert, A.; Lamprecht, M.; Ledergerber, M.; Steffen, T.; Stronski Huwiler S.; Tschumper, A. (2012): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich, S. 5.
Unterschiede zwischen den Schuljahren nicht signifikant.

Unterschiede in der Übergewichtsprävalenz zwischen vulnerablen und nicht vulnerablen Gruppen bleiben stabil (Impact)

Aus dem BMI-Monitoring-Bericht geht deutlich hervor, dass Kinder aus vulnerablen Gruppen (mit Migrationshintergrund oder aus bildungsfernen Familien) überdurchschnittlich häufig von Übergewicht betroffen sind.[41] Im Kindergarten beispielsweise sind ausländische Kinder doppelt so häufig übergewichtig wie Schweizer Kinder (21 % versus 12 %). In Basel und Bern wurde der Bildungsstand der Eltern erfasst. Diese Daten zeigen, dass Kinder von Eltern, die eine höhere Schule abgeschlossen haben, deutlich seltener übergewichtig sind als die anderen Kinder. In Basel waren beispielsweise im Kindergarten rund 15 Prozent der Kinder übergewichtig, wenn die Eltern keine Lehre hatten, gegenüber nur rund 5 Prozent der Kinder von Eltern mit höherer Ausbildung. In der Unter- und Mittelstufe und der Oberstufe verstärkten sich diese Unterschiede zunehmend (33 % im Vergleich zu 11 % und 47 % im Vergleich zu 14 %).[42] Insgesamt sind über die sechs untersuchten Schuljahre die Unterschiede in der Häufigkeit von Übergewicht nach sozialer Herkunft stabil geblieben.

[39] Höhere Übergewichtszahlen in der Vergangenheit werden mit den älter werdenden Kindern aus der Unter-/Mittelstufe in die Oberstufe «mitgenommen». Eine Trendwende zeichnet sich daher am ehesten bei jüngeren Kindern, also im Kindergarten, ab.

[40] Im Jahr 2010/2011: Kindergarten minimal 12 % in Basel vs. maximal 16 % in Zürich. Unter-/Mittelstufe 19 % Bern vs. 25 % Basel. Oberstufe 21 % Bern vs. 28 % Basel.

[41] Vgl. Stamm, H.; Frey, D.; Gebert, A.; Lamprecht, M.; Ledergerber, M.; Steffen, T.; Stronski Huwiler S.; Tschumper, A. (2012): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich.

[42] Die Fallzahlen für die geringste Bildungsstufe dürften im Kindergarten relativ klein sein und die Prozentzahlen damit anfällig für zufällige Schwankungen. Es zeigen sich jedoch ähnliche Unterschiede beim Vergleich zwischen Lehrabschluss und höherer Ausbildung der Eltern, sodass die Aussagen konsistent sind. In Bern sind die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen ebenfalls sichtbar, es zeigt sich jedoch kaum ein Unterschied zwischen den Schulstufen.

Zusammenfassung: Fazit und Empfehlungen

Einleitung

Die Kantonalen Aktionsprogramme (KAP) für ein gesundes Körpergewicht wurden im Jahr 2007 von Gesundheitsförderung Schweiz in sieben Kantonen initiiert. Mit Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz starteten in der Folge in jährlichen Abständen drei weitere Gruppen von Kantonen, sodass im Jahr 2011 insgesamt 22 Kantone mit 21 KAP beteiligt waren.[43] Zentrales Element der KAP ist die Strukturierung nach vier Ebenen. Die Modulebene umfasst zielgruppenspezifische Projekte und Interventionen. Die Policyebene bezieht sich auf meist strukturelle Massnahmen, die flächendeckend und über die KAP-Dauer hinaus angelegt sind. Bei der Vernetzung handelt es sich sowohl um die intra- als auch die interkantonale Vernetzung der relevanten Akteure. Die Öffentlichkeitsarbeit dient einerseits der Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema gesundes Körpergewicht und andererseits der Bekanntmachung der KAP. Die KAP werden einer umfassenden Evaluation unterzogen. Zentraler Bestandteil sind dabei Selbstevaluationen, welche durch Interface Politikstudien Forschung Beratung begleitet werden.[44] Die vorliegende Synthese 2012 fasst die Hauptergebnisse der ersten Phase, also der ersten vier Jahre der KAP von 2007 bis 2011, zusammen und gibt Empfehlungen für die zweite Phase.

Ziele und Datengrundlagen der Evaluation

Ziel der begleiteten Selbstevaluation ist es, den Fortschritt der KAP-Umsetzung zu dokumentieren. Die vorliegende Evaluation dient in erster Line der Weiterentwicklung und Steuerung der Kantonalen Aktionsprogramme in ihrer Gesamtheit und kann nur bedingt zur politischen Legitimation im Sinne von Wirkungsnachweisen herangezogen werden. Die Evaluation orientiert sich dabei an einer von Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit der Begleitgruppe und den KAP-Verantwortlichen entwickelten Liste mit mittelfristigen Zielen und Indikatoren (vgl. Tabelle DA 1 im Anhang). Diese beziehen sich auf die zweite Phase der KAP im Zeitraum von zirka 2012 bis 2015. Daher ist die in diesem Bericht vorgenommene Standortbestimmung bezüglich Erreichung der definierten Ziele zum Teil als «Nullmessung» zu verstehen. Neben der Standortbestimmung werden im vorliegenden Bericht Fragen zum Kontext, zur Umsetzung, zu den Kosten, zur Zielgruppenerreichung und zu den Wirkungshinweisen der KAP beantwortet. Basis des Syntheseberichts bilden die Selbstevaluations- und Kostenerfassungsformulare, welche von den KAP-Verantwortlichen ausgefüllt wurden. Die Selbstevaluationsraster wurden durch Gesundheitsförderung Schweiz konsolidiert und mündeten in einer umfassenden Projektliste, welche Basis war für zahlreiche Auswertungen. Die Kostenerfassungsformulare wurden von Interface aufbereitet. Zusätzlich füllten die Verantwortlichen der KAP in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz einen Fragenkatalog aus und wurden im Rahmen von leitfadengestützten Gesprächen befragt. Schliesslich wurden weitere von Gesundheitsförderung Schweiz zur Verfügung gestellte Daten, wie das BMI- und das Politmonitoring, beigezogen.

Chancen und Grenzen der Methodik

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf das Evaluationskonzept von Gesundheitsförderung Schweiz sowie auf Angaben der KAP-Verantwortlichen der Kantone und von Gesundheitsförderung Schweiz. Daher sind den Auswertungen gewisse Grenzen gesetzt. Die Angaben sind teilweise heterogen und spiegeln unterschiedliche Perspektiven der Beteiligten wider,

[43] 1. Gruppe 2007: AG, BS, JU, LU, NE, SG, ZG; 2. Gruppe 2008: BL, GE, GR, OW/NW, TG, TI, UR, VD, VS; 3. Gruppe 2009: BE, SO, ZH; 4. Gruppe 2010: AR, FR.

[44] Das Evaluationskonzept von Gesundheitsförderung Schweiz zur KAP-Strategie wird in der Zwischensynthese 2009 näher ausgeführt (Interface [2009]: Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese der Selbstevaluationen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S. 19 ff.).

beispielsweise hinsichtlich des Verständnisses der Ebenen. Insbesondere die Kostenerfassungsformulare waren aufgrund unterschiedlicher Kostenerfassungsprozeduren in den Kantonen sehr uneinheitlich und mussten für die Auswertung intensiv aufbereitet werden. Dies bedeutet, dass die quantitativen Auswertungen vorsichtig zu interpretieren sind. Jedoch geben die Ergebnisse gute Anhaltspunkte im Sinne von Grössenordnungen und einen guten Überblick aus verschiedenen Perspektiven.

Beantwortung der Fragestellungen

Frage 1: Wie ist der gesellschaftliche und politische Kontext zu beurteilen, in welchem die Kantonalen Aktionsprogramme agieren? Welches sind fördernde und hemmende Faktoren?

Aus Sicht der KAP-Verantwortlichen hat sich der gesellschaftliche Kontext seit der Lancierung der Kantonalen Aktionsprogramme eher etwas verschlechtert. Die Mehrheit der KAP profitiert zwar nach wie vor von einer guten Unterstützung durch Politik und Verwaltung sowie vom Interesse bei Multiplikatoren, bei den Medien und in der Bevölkerung. Einige KAP-Verantwortliche haben jedoch eine gewisse Übersättigung dem Thema gesunde Ernährung, Bewegung und Gewicht gegenüber ausgemacht, welche sich in einer geringeren Medienpräsenz und einer zunehmend negativen Berichterstattung äussert. Die Übergewichtsproblematik wird teilweise bagatellisiert und die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen werden als wirkungslos, stigmatisierend und bevormundend wahrgenommen. Verstärkt durch den Spardruck in den Kantonen hat dies in einzelnen Fällen zu einer geringeren Unterstützung der Kantonalen Aktionsprogramme in Regierung und Parlament geführt. Die politische Unterstützung für die Kantonalen Aktionsprogramme kann jedoch insgesamt weiterhin als hoch beurteilt werden, da im Jahr 2012 die ersten zwölf Kantone bereits die zweite Phase der Kantonalen Aktionsprogramme gestartet haben.

Frage 2: Wie ist die Erreichung der einzelnen Ziele zu beurteilen?

Im Jahr 2011 wurden von Gesundheitsförderung Schweiz in Absprache mit den beteiligten Kantonen und gestützt auf den State-of-the-Art-Bericht sowie die Empfehlungen aus den Evaluationen verschiedene Ziele für die KAP in der zweiten Phase festgelegt.[45] Die Ziele sollen bis zum Ende der zweiten Phase erreicht werden (je nach KAP zwischen 2015 und 2017). Im Folgenden wird ein Überblick über den aktuellen Stand bezüglich Zielerreichung präsentiert.
Die Bewertung erfolgt gestützt auf die Indikatoren, welche von Gesundheitsförderung Schweiz in Abstimmung mit den beteiligten Kantonen formuliert wurden (vgl. Liste DA 1 im Anhang). Da in einzelnen Fällen die formulierten Indikatoren keine abschliessende Beurteilung des Zieles erlaubten, wurden weitere Datenquellen wie die Evaluationsgespräche mit den KAP-Verantwortlichen in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz sowie Literaturangaben beigezogen. Nachfolgend wird die Bewertung der Ziele im Detail beschrieben.

[45] Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.) (2010): «Gesundes Körpergewicht» bei Kindern und Jugendlichen – was haben wir seit 2005 dazugelernt?, Bern und Lausanne.

Aktueller Stand der KAP in Bezug auf die Ziele für die zweite Phase

Ebene	Ziele	Aktueller Stand		
		Hoch	Mittel	Tief
Übergeordnet	Z1: Die Kantonalen Aktionsprogramme werden in einem ähnlichen Umfang weitergeführt.	●		
	Z2: Die Massnahmen in den Themenbereichen Bewegung und Ernährung sind nachhaltig verankert.		●	
	Z3: Die Empfehlungen aus dem State-of-the-Art-Bericht sowie aus der Evaluation KAP sind in die Umsetzung der zweiten Phase eingeflossen.		●	
	Z4: Der Anteil übergewichtiger Kinder/Jugendlicher bleibt weiterhin stabil oder nimmt gar ab.	●		
	Z5: Das Programm erreicht insbesondere auch die vulnerablen Zielgruppen.		●	
	Z6: Ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung sind feste Bestandteile des Alltags von Kindern und Jugendlichen.		●	
Module	M1: Es findet eine Fokussierung statt hin zu qualitativ guten Interventionen (vgl. Fussnote 9), welche sich für nachhaltige Verbreitung und Verankerung eignen.		●	
	M2: Die Modulprojekte decken vermehrt zentrale Handlungsfelder ab.	●		
	M3: Modulprojekte sind zunehmend in bestehenden oder neuen Strukturen nachhaltig verankert.			●
Policy	P1: Die Themen Bewegung und Ernährung sind in den Kantonen zunehmend strukturell verankert.			●
	P2: Politiker/-innen setzen sich für die Förderung von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung ein.		●	
Vernetzung	V1: Im Grossteil der Kantone (>50 %) ist eine gute Zusammenarbeit mit den Erziehungsdepartementen etabliert, sodass der Zugang zum Setting Schule gewährleistet ist.		●	
	V2: Die Vernetzung mit weiteren Departementen (Baudepartement, Soziales usw.) zeigt Resultate.			●
	V3: Die Vernetzung zwischen den Kantonen ist verstärkt.	●		
	V4: Die Vernetzung innerhalb der Kantone ist verstärkt.	●		
Öffentlichkeitsarbeit	C1: Die neu definierten Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Süssgetränke/Wasser) sind von den Kantonen aufgenommen und in der Bevölkerung entsprechend verbreitet worden.	Zu früh für eine Beurteilung		

Übergeordnete Ziele

Z1: Die Kantonalen Aktionsprogramme werden in einem ähnlichen Umfang weitergeführt.

Im Jahr 2011 sind die KAP fast in der gesamten Schweiz etabliert (Ausnahmen: AI, GL, SH, SZ). Innerhalb von vier Jahren konnte die Beteiligung von zunächst sieben Kantonen im Jahr 2007 auf 22 Kantone in 21 KAP im Jahr 2011 deutlich gesteigert werden. Die im Jahr 2011 beteiligten Kantone decken 96 Prozent der in der Schweiz lebenden Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren ab (2009 waren es 60 %).[46] Die Standortbestimmung zeigt bereits eine hohe Zielerreichung auf: Die Kantonalen Aktionsprogramme wurden seit Beginn im Jahr 2007 nicht nur im gleichen Umfang weitergeführt, sondern deutlich ausgeweitet.

Z2: Die Massnahmen in den Themenbereichen Bewegung und Ernährung sind nachhaltig verankert.

Auf der strategischen Ebene ist eine Verankerung der Themenbereiche Bewegung und Ernährung erkennbar. So sind diese Themen einerseits in praktisch allen KAP-Kantonen in politischen Strategiepapieren (Politplänen, Rahmenprogrammen, Regierungsratsbeschlüssen) verankert. Gleichzeitig ist die Verankerung der Massnahmen in den von den Kantonen eingereichten Konzepten für die ab 2012 laufende zweite Phase ausdrücklich thematisiert. Auf der operativen Ebene sind jedoch noch wenige diesbezügliche Fortschritte zu verzeichnen. Zwar umfassen gut zwei Drittel der umgesetzten Modulprojekte strukturelle Massnahmen (Verhältnisprävention) und dieser Anteil hat seit 2009 zugenommen. Es ist aber bisher nur in knapp 3 Prozent der Modulprojekte gelungen, diese in ein Regelangebot zu überführen oder unabhängig vom KAP zu finanzieren. Auch die Anzahl an Policymassnahmen hat zugenommen, jedoch sind die meisten noch im Aufbau begriffen und nur wenige haben verbindlichen Charakter. Über die strategische und die operative Ebene hinweg gesehen, ist der Stand bezüglich nachhaltiger Verankerung der Themenbereiche Bewegung und Ernährung als mittel einzustufen.

Z3: Die Empfehlungen aus dem State-of-the-Art-Bericht sowie aus der Evaluation KAP sind in die Umsetzung der zweiten Phase eingeflossen.

Gemäss den KAP-Verantwortlichen von Gesundheitsförderung Schweiz berücksichtigen die Konzepte der zweiten Phase die Empfehlungen aus dem State-of-the-Art-Bericht und der Zwischensynthese der Selbstevaluation. Gesundheitsförderung Schweiz hat dieses zum Bestandteil der Planungspapiere und Verträge gemacht. Entsprechend wurde das Ziel auf Konzeptebene bereits erreicht. In der Erhebungsperiode des vorliegenden Berichts kann die Umsetzung noch nicht beurteilt werden, da die zweite Phase der KAP erst im Januar 2012 begonnen hat. Entsprechend wird der aktuelle Stand der KAP bezüglich der Berücksichtigung von Empfehlungen als mittel bewertet.

Z4: Der Anteil übergewichtiger Kinder/Jugendlicher bleibt weiterhin stabil oder nimmt gar ab.

Gemäss BMI-Monitoring liegt der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder in den Städten Basel, Bern und Zürich im Schuljahr 2010/11 wie vor fünf Jahren insgesamt bei rund einem Fünftel.[47] Bei Kindergartenkindern wird dabei ein leichter Rückgang im Vergleich zum Schuljahr 2005/06 verzeichnet, in der Unter- und Mittelstufe eine Stagnation und in der Oberstufe eine leichte Zunahme. Aus Sicht der Evaluation kann nicht abschliessend beurteilt werden, inwiefern die KAP einen wesentlichen Beitrag hierzu geleistet haben oder inwiefern es sich um einen allgemeinen Trend handelt. Es kann jedoch ein Einfluss der Präventionsanstrengungen vermutet werden, da in vielen Kantonen auf verschiedenen Ebenen Massnahmen durchgeführt werden und viel in deren Umsetzung investiert wird. Auch in Deutschland wird eine Stagnation respektive ein Rückgang der Prävalenzzahlen von Übergewicht und Adipositas bei Kindern beobachtet. Dies wird auf erfolgreiche Prä-

[46] Vgl. BFS: Excel-Tabelle Ständige Wohnbevölkerung (Total) nach Kantonen und Alter, 2009. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/data/01.Document.67205.xls>, Zugriff am 10.6 2012.

[47] Stamm, H.; Frey, D.; Gebert, A.; Lamprecht, M.; Ledergerber, M.; Steffen, T.; Stronski Huwiler, S.; Tschumper, A. (2012): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich.

ventionsmassnahmen zurückgeführt.[48] Da der Anteil der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen stabil ist, wird der aktuelle Stand der KAP in Bezug auf das vierte übergeordnete Ziel bereits als hoch eingestuft.

Z5: Das Programm erreicht insbesondere auch die vulnerablen Zielgruppen.

Seit der Lancierung der Kantonalen Aktionsprogramme im Jahr 2007 ist eine zunehmende Sensibilisierung für das Thema Chancengleichheit erkennbar. Chancengleichheit wird allerdings hauptsächlich auf Migranten/-innen bezogen. Dies spiegelt sich auch in den Aktivitäten auf den vier Ebenen der Aktionsprogramme wider. So wird der Aspekt der Chancengleichheit in 35 Prozent der Modulprojekte (2009: 19 %) und in 11 Prozent der Policymassnahmen (2009: keine Vergleichszahlen) berücksichtigt. Die Vernetzung der KAP über kantonale Ämter und Fachstellen für Soziales und Integration wurde über die letzten Jahre verstärkt. In sieben KAP haben Vertretende der Migrationsbevölkerung in der Begleitgruppe Einsitz. Im Bereich Programmmanagement bestehen die Aktivitäten in den Jahren 2010 bis 2011 vor allem im Besuch der von Gesundheitsförderung Schweiz und vom Roten Kreuz angebotenen Weiterbildung sowie im Einsatz übersetzter Informationsmaterialien. Trotz dieser Zunahme von Massnahmen im Bereich der Chancengleichheit bleibt die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen aus Sicht der Verantwortlichen für die KAP in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz schwierig. Offen ist zudem, wie sich die Massnahmen auf die Entwicklung des BMI von Kindern aus vulnerablen Gruppen auswirken. So zeigt das BMI-Monitoring Unterschiede in Bezug auf Übergewicht und Adipositas zwischen Schulkindern ausländischer und schweizerischer Herkunft auf. Diese sind jedoch über die sechs untersuchten Schuljahre stabil geblieben.[49] Die verfügbaren Ergebnisse aus der Selbstevaluation lassen den Schluss zu, dass der Stand der KAP hinsichtlich der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen mittel ist.

Z6: Ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung sind feste Bestandteile des Alltags von Kindern und Jugendlichen.

Im Rahmen der KAP sind auf kantonaler Ebene bisher nur wenige Standards und Empfehlungen zu Bewegung und Ernährung eingeführt sowie flächendeckend verbesserte Bewegungsräume und Ernährungsangebote geschaffen und strukturell verankert worden. Auf lokaler Ebene hingegen ist die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen weiter fortgeschritten. In Bezug auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz zeigen nationale und internationale Untersuchungen ein heterogenes Bild. So fällt bei 11- bis 15-Jährigen beispielsweise ein hoher täglicher Süssgetränkekonsum (ein Fünftel bis ein Drittel) auf und nur geringe moderate bis intensive körperliche Aktivität täglich.[50] Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren hingegen bewegen sich gemäss einer anderen Studie viel im internationalen Vergleich, je jünger desto mehr.[51] Da eine Verankerung der Themen im Rahmen der KAP erst auf lokaler Ebene erkennbar ist und verschiedene Studien ein uneinheitliches Bild zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Schweizer Kindern abgeben, wird der aktuelle Stand der KAP bezüglich dieses Ziels als mittel bewertet.

[48] Moss, A.; Klenk, J.; Simon, K.; Thaiss, H.; Reinehr, T.; Wabitsch, M. (2012): Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. European Journal of Pediatrics 71, (2) p. 289–299.

[49] Stamm, H.; Frey, D.; Gebert, A.; Lamprecht, M.; Ledergerber, M.; Steffen, T.; Stronski Huwiler, S.; Tschumper, A. (2012): Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich, S. 10.

[50] Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; Currie, D.; de Looze, M.; Roberts, C.; Samdal, O.; Smith O.R.F.; Barnekow, V. (Hrsg.) (2012): Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

[51] Dössegger, A.; Jimmy, G.; Mäder, U. (2010): Das Bewegungsverhalten von Kindern in der Schweiz. Bundesamt für Sport BASPO und Eidgenössische Hochschule für Sport Magglingen EHSM, Magglingen.

Ziele der Module

M1: Es findet eine Fokussierung statt hin zu qualitativ guten Interventionen, welche sich für nachhaltige Verbreitung und Verankerung eignen.

Für die Evaluation wurden sechs Kriterien zur Identifizierung von Projekten mit besonderer Qualität festgelegt, die sich für die Verbreitung und Verankerung besonders eignen. Fast die Hälfte der Modulprojekte erfüllt im Jahr 2011 mindestens fünf dieser Kriterien.[52] Zudem werden in den neueren Gruppen der KAP vermehrt multiplizierte und transferierte Projekte eingesetzt im Vergleich zu den frühen Gruppen. Aus Sicht der KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz sind die an die Modulprojekte gekoppelten Finanzierungskriterien für die zweite KAP-Phase strenger geworden, was zu einer verstärkten Fokussierung auf Projekte mit besonderer Qualität geführt hat. Eine Verbesserung der Qualität insgesamt sei jedoch auch bereits jetzt spürbar, wobei unter anderem auch Suisse Balance ein positiver Beitrag zugeschrieben wird.[53] Vor diesem Hintergrund wird der aktuelle Stand der KAP hinsichtlich Fokussierung auf mehr Qualität bei den Modulprojekten als mittel eingestuft.

M2: Die Modulprojekte decken vermehrt zentrale Handlungsfelder ab.

Der konzeptionelle Schwerpunkt der Modulprojekte liegt auf dem Schul- und Vorschulbereich und der familienergänzenden und schulergänzenden Betreuung. Dies wurde von Gesundheitsförderung Schweiz gezielt angestrebt und über die Koppelung mit Finanzierungskriterien gefördert, da in diesen Handlungsfeldern einerseits potenziell alle Kinder erreicht werden und dies andererseits den wissenschaftlichen Empfehlungen des State-of-the-Art-Berichts (Gesundheitsförderung Schweiz 2010) entspricht. Neben Lehrpersonen und Akteuren der Kleinkindbetreuung gehört die Familie zu den häufig anvisierten Multiplikatorengruppen. Vergleichsweise selten werden bisher Akteure der schulergänzenden Betreuung von den Modulprojekten angesprochen. Der aktuelle Stand der KAP in Bezug auf die Fokussierung auf zentrale Handlungsfelder wird bereits als hoch eingestuft.

M3: Modulprojekte sind zunehmend in bestehenden oder neuen Strukturen nachhaltig verankert.

Kurz vor Abschluss der ersten Phase ist, auch unter Berücksichtigung der kurzen Laufzeit, nur bei sehr wenigen Modulprojekten die Verankerung im Sinne der Überführung in ein Regelangebot respektive eine KAP-unabhängige Finanzierung gelungen. Etwas mehr als die Hälfte der abgeschlossenen Projekte konnte nicht definitiv verankert werden. Ebenfalls konnten nur sehr wenige Modulprojekte flächendeckend in einem Kanton eingeführt werden, das heisst in mehr als 80 Prozent des Handlungsfeldes (z. B. Gemeinden, Krippen, Schulen). Gemäss den Verantwortlichen für die KAP in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz ist die Nachhaltigkeit der Massnahmen zunehmend ein Thema, erweist sich jedoch als langwieriger Prozess. Vor diesem Hintergrund wird der aktuelle Stand der KAP bei der Verankerung von Modulprojekten noch als tief beurteilt.

Ziele der Policys

P1: Die Themen Bewegung und Ernährung sind in den Kantonen zunehmend strukturell verankert (vgl. auch Z2).

Rund drei Viertel der Policymassnahmen stehen noch am Anfang und nur ein Viertel ist in Kraft. Eine Verankerung der Themen in Aus- oder Weiterbildungen von Multiplikatoren respektive in den kantonalen Lehrplänen ist bisher nur sehr selten gelungen.

[52] Relevante Qualitätskriterien hinsichtlich einer guten Verbreitung und Verankerung sind gemäss Gesundheitsförderung Schweiz aufgrund der Erfahrungen in der ersten Phase neben der Empfehlung durch Gesundheitsförderung Schweiz (der eine eingehende Prüfung des Projekts zugrunde liegt) die Multiplikationsfähigkeit eines Projekts, eine übergeordnete Projektstruktur, ein Verhältnisansatz, das Vorliegen eines Konzepts/Umsetzungsleitfadens und die Durchführung einer Evaluation und/oder Situations-/Bedarfsanalyse. Als qualitativ besonders gut wurden Projekte mit mindestens fünf dieser Merkmale bewertet.

[53] Seit 2011 legt Suisse Balance einen stärkeren Fokus auf Multiplikation und Qualitätsentwicklung.

Rund die Hälfte der Policymassnahmen, die in Kraft sind, bezieht sich auf (neue) kantonale Regelungen und Empfehlungen, wobei der Grossteil unverbindlichen Charakter hat. Die Implementierung von Policymassnahmen ist ein längerfristiges Ziel mit Horizont 2015. Zum jetzigen Zeitpunkt kann der Stand der KAP bei der Verankerung der Themen Bewegung und Ernährung in den Kantonen noch als tief beurteilt werden.

P2: Politiker/-innen setzen sich für die Förderung von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung ein.
In 16 Kantonen wurden im Jahr 2011 parlamentarische Vorstösse vorwiegend zum Thema Sport und Bewegungsförderung eingereicht. In sechs Kantonen hat der Regierungsrat und in 16 Kantonen eine Amtsleitung Einsitz in einem Gremium, welches sich mit übergeordneten Fragen im Zusammenhang mit dem Kantonalen Aktionsprogramm beschäftigt. In praktisch allen Kantonen gibt es politische Strategiepapiere, in welchen die Themen Bewegung und Ernährung aufgenommen wurden. In 18 Kantonen gibt es interdepartementale Entscheidungen zugunsten von gesunder Bewegung, Ernährung und Gewicht. Die Gemeinden engagieren sich in einem Fünftel der Modulprojekte und zwei Fünfteln der Policymassnahmen. Trotz dieses politischen Engagements auf verschiedenen Ebenen ist es erst in einem Drittel der Kantone gelungen, die Implementierung von Policymassnahmen voranzutreiben. Aus diesem Grund ist der Stand der KAP in Bezug auf dieses Ziel als mittel einzustufen.

Ziele der Vernetzung

V1: Im Grossteil der Kantone (>50 %) ist eine gute Zusammenarbeit mit den Erziehungsdepartementen etabliert, sodass der Zugang zum Setting Schule gewährleistet ist.
Die Zusammenarbeit mit dem Erziehungsdepartement wird von vier Fünfteln der KAP-Verantwortlichen als gut beurteilt. Die Zusammenarbeit zwischen KAP und Erziehungsdepartement wird häufig durch formelle Absprachen geregelt. So ist das Erziehungsdepartement in elf Kantonen in der Steuergruppe und in neun Kantonen in der Begleitgruppe der KAP vertreten. Zudem gibt es in 16 Kantonen interdepartementale Entscheide zugunsten von gesunder Bewegung, Ernährung und Gewicht. Häufig betreffen diese Entscheide die gemeinsame Durchführung von Projekten an der Schnittstelle zwischen Schule und Gesundheit. Entsprechend ist das Erziehungsdepartement an 38 Prozent der Modulprojekte und 32 Prozent der Policymassnahmen beteiligt. Trotz dieser guten Zusammenarbeit mit dem Erziehungsdepartement hat sich der Zugang zu den Schulen insbesondere aufgrund der zeitlichen Belastung von Schulleitungen und Lehrpersonen infolge von Schulreformen seit der letzten Evaluationsrunde verschlechtert. Der aktuelle Stand der KAP in Bezug auf den Zugang zum Setting Schule wird als mittel eingestuft.

V2: Die Vernetzung mit weiteren Departementen (Baudepartement, Soziales usw.) zeigt Resultate.
Eine Vernetzung besteht gemäss Interviews mit den KAP-Verantwortlichen in neun Kantonen mit der Abteilung Sport, in sechs Kantonen mit dem Bau- und Umweltdepartement, in fünf Kantonen mit dem Sicherheitsdepartement und in zwei Kantonen mit dem Sozialdepartement. In acht Kantonen gibt es nach Aussage der KAP-Verantwortlichen einen Austausch über Projekte. Konkrete Modulprojekte respektive Policymassnahmen werden nur in einzelnen Fällen gemeinsam mit weiteren Departementen umgesetzt. Die Inhalte der KAP-Aktivitäten legen eine stärkere Vernetzung mit anderen Departementen nahe. Dieses Potenzial ist noch nicht ausgeschöpft und der aktuelle Stand der KAP bezüglich dieses Ziels ist als tief einzustufen.

V3: Die Vernetzung zwischen den Kantonen ist verstärkt.
Die wichtigsten Vernetzungsgefässe zwischen den Kantonen sind nach wie vor die bereits vor der Lancierung der KAP bestehenden regionalen Sektionen der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) in der lateinischen Schweiz sowie der Nordwest-, Zentral- und in einem geringeren Ausmass der Ostschweiz. Diese Regionen sind auch für die Zusammenarbeit in gemeinsamen Projekten ausschlaggebend. Die Vernetzung über die VBGF-Regionen hinweg wurde je-

doch durch die jährlichen von Gesundheitsförderung Schweiz organisierten Vernetzungstreffen der KAP-Verantwortlichen vorangetrieben. Im Vergleich zur Zwischenevaluation im Jahr 2009 ist dadurch insbesondere die Vernetzung über die Sprachgrenzen hinweg gestiegen. Der aktuelle Stand der KAP hinsichtlich der interkantonalen Vernetzung ist bereits hoch.

V4: Die Vernetzung innerhalb der Kantone ist verstärkt.

Die innerkantonalen Vernetzungsaktivitäten schliessen alle wichtigen Multiplikatoren ein. Einerseits werden die KAP-Multiplikatoren durch verschiedene Gremien eingebunden. In strategisch ausgerichteten Gremien wie der Steuergruppe ist die Vertretung unterschiedlicher Multiplikatoren über alle Kantone hinweg tiefer als in eher operativ ausgerichteten Gremien wie Begleit- und Projektgruppen. Andererseits werden in elf KAP regelmässig Vernetzungstreffen organisiert. In einigen KAP nehmen an diesen Treffen vor allem Projektpartner teil, während in anderen KAP alle wichtigen Multiplikatoren im Kanton miteinbezogen werden. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Multiplikatoren wird grossmehrheitlich als gut beurteilt. Eine Ausnahme bilden Repräsentanten von Schulen, Gemeinden und Ärzteschaft, welche über ungenügende personelle und finanzielle Ressourcen für eine Zusammenarbeit verfügen. Insgesamt wird das Ziel bereits zum jetzigen Zeitpunkt gut erreicht, weil die Vernetzungsaktivitäten insbesondere in grossen Kantonen zu einem intensiveren Austausch zwischen Akteuren aus den Bereichen Bewegung und Ernährung geführt haben.

Ziele der Öffentlichkeitsarbeit

C1: Die neu definierten Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Süssgetränke/Wasser) sind von den Kantonen aufgenommen und in der Bevölkerung entsprechend verbreitet worden.

Das Thema «Trink Wasser» bildet den neuen Schwerpunkt für die Öffentlichkeitsarbeit von Gesundheitsförderung Schweiz. Dieses Thema stösst bei den KAP-Verantwortlichen auf eine hohe Akzeptanz. Da entsprechende Massnahmen erst ab 2012 zur Verfügung stehen, wird auf eine Beurteilung des aktuellen Standes der KAP bezüglich dieses Ziels verzichtet.

Frage 3: Wie verläuft die Umsetzung der Kantonalen Aktionsprogramme auf den vier Ebenen (Policy, Module, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit)? Welches sind die Stärken und Schwächen?

Mittlerweile ist in vielen KAP die erste dem Aufbau der Programme gewidmete Phase abgeschlossen. Die auf vier Ebenen beruhenden KAP haben sich als Erfolgsmodell erwiesen und dienen in mehreren Kantonen als Grundlage für die Entwicklung von anderen Schwerpunktprogrammen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Ein ausgewogenes Programm mit Aktivitäten auf allen vier Ebenen wird als für den Programmerfolg wichtig erachtet.

Module

In Bezug auf die Modulprojekte lassen sich seit der letzten Evaluationsrunde drei positive Entwicklungen erkennen. Erstens ist seit der Lancierung der KAP die Anzahl Projekte, welche den Aspekt der Chancengleichheit berücksichtigen, markant gestiegen (von 19 % auf 35 %). Zweitens hat der Anteil von Projekten, die der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, zugenommen (von 56 % auf 69 %). Drittens hat sich bei den KAP-Verantwortlichen die Erkenntnis, dass die Multiplikation von Projekten einen Mehrwert bietet, in der konkreten Umsetzung niedergeschlagen. Der Anteil von multiplizierten Projekten bei den KAP der «späten» Gruppen ist entsprechend deutlich höher als bei den KAP der ersten und zweiten Gruppe (71 % gegenüber 56 %). Als Vorteile werden die höhere Akzeptanz von gesamtschweizerischen evaluierten Projekten bei Entscheidungsträgern und Projektpartnern sowie die Einsparung von Ressourcen gesehen. Letzteres ist jedoch vor allem bei Projekten möglich, welche sich beispielsweise durch einen modulartigen Aufbau leicht an den kulturellen und strukturellen Kontext im Kanton anpassen lassen. Mehrere KAP-Verantwortliche wünschen sich, dass Gesundheitsförderung Schweiz eine bessere Unterstützung bei der Auswahl von für ihren Kanton geeigneten Projekten anbietet.

Mehrheitlich ausstehend ist die nachhaltige Verankerung der Projekte. In wenigen Fällen ist es gelungen, Modulprojekte in ein Regelangebot zu überführen respektive vom KAP unabhängig zu finanzieren. Als Gründe werden die noch kurze Laufdauer der KAP, der Spardruck in Kanton und Gemeinden, der fehlende politische Wille sowie mangelndes Interesse von Projektpartnern genannt. Im Hinblick auf eine nachhaltige Sicherung des Anliegens ist es wichtig, dass die Kantone möglichst bald eine Strategie im Hinblick auf die Verankerung entwickeln und dafür geeignete Projekte bestimmen. Aus Sicht der KAP-Verantwortlichen eignen sich – erstens – Projekte für die Verankerung, welche einem Bedürfnis von Projektpartnern, Multiplikatoren und Zielgruppen entsprechen. Zweitens ist es einfacher, Projekte zu verankern, die bereits vor dem KAP über eigene Mittel verfügten und durch das kantonale Programm lediglich zusätzlich finanziert wurden. Drittens ist es einfacher, politische Entscheidungsträger und Partnerorganisationen für die Verankerung zu gewinnen, wenn die Wirksamkeit eines Projekts mittels Evaluationen belegt ist und bei den Zielgruppen auf grossen Anklang stösst.

Policy

Seit der letzten Evaluationsrunde ist eine erfreuliche Zunahme der Anzahl Policymassnahmen absolut sowie im Vergleich zur Anzahl Modulprojekte zu verzeichnen. Drei Viertel dieser Massnahmen sind jedoch erst im Aufbau begriffen. Entsprechend ist es offen, wie viele der Massnahmen bis zum Abschluss der zweiten Phase der Programme in vier Jahren breitenwirksam in Kraft treten werden. Als für die Realisierung von Policymassnahmen hinderlich erweist sich die Tatsache, dass die KAP nur geringe Einflussmöglichkeiten auf die Entscheide zugunsten von Policymassnahmen haben. Dies kann einerseits auf die tiefe hierarchische Stellung der KAP-Leitenden in der Verwaltung zurückzuführen sein. Andererseits liegt die Entscheidkompetenz häufig nicht bei den im Gesundheitsdepartement angesiedelten KAP, sondern beispielsweise bei Erziehungsdepartementen und Gemeinden. Es ist daher wichtig, dass weiterhin gute Kontakte zu Erziehungsdepartementen und Gemeinden gepflegt werden. Aus den Gesprächen mit den KAP-Verantwortlichen geht zudem hervor, dass erfolgreiche Massnahmen die Bedürfnisse der Multiplikatoren und Zielgruppen gebührend beachten. Es scheint somit zielführend, Policymassnahmen nicht top down, sondern bottom up zu entwickeln und Gelegenheitsfenster zu nutzen. Beispielsweise ist das Interesse für die Bereitstellung des freiwilligen Schulsports im Kanton Luzern gestiegen, seit die Schulen verpflichtet werden, Tagesstrukturen für die schulergänzende Kinderbetreuung anzubieten.

Vernetzung

Die inter- und intrakantonale Vernetzung ist durch die Kantonalen Aktionsprogramme gestiegen. Die Vernetzung zwischen den Kantonen über die gute Zusammenarbeit in den Regionen der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) sowie die Sprachgrenzen hinweg wurde insbesondere durch die Netzwerktagungen von Gesundheitsförderung Schweiz begünstigt. Innerhalb der Kantone haben die Vernetzungsaktivitäten zu einer besseren Bekanntheit und Akzeptanz der KAP beigetragen. Zudem kennen sich die relevanten Akteure im Bereich gesunde Ernährung, Bewegung und Körpergewicht untereinander besser. Die Mitglieder des Netzwerks verweisen aufeinander und koordinieren ihre Aktivitäten. Dadurch können Synergien genutzt werden. Schliesslich hat die Vernetzung dazu beigetragen, dass sich Akteure und Akteurinnen neu für das Thema sensibilisiert haben. Entsprechend ist es für viele KAP-Verantwortliche für den Erfolg des KAP entscheidend, sich sehr früh mit den relevanten Akteuren im Kanton zu vernetzen. Eine Schwäche ist nach wie vor beim Zugang der KAP zu den Schulen und Gemeinden erkennbar.

Öffentlichkeitsarbeit

Wie in den vorhergehenden Evaluationsrunden ist die Öffentlichkeitsarbeit der KAP sowohl in Bezug auf die Themenbreite als auch die Kommunikationskanäle äusserst vielfältig. Für die KAP-Verantwortlichen ist eine in Bezug auf Kanäle und Botschaften diversifizierte und auf verschiedene Zielgruppen angepasste Öffentlichkeitsarbeit ein wichtiger Erfolgsfaktor. Weiter werden ansprechende Botschaften und der Einbezug der Öffentlichkeit durch konkrete

Aktionen als wichtig erachtet. Schliesslich erleichtern ein einheitliches Logo und gemeinsame Botschaften der Projektpartner die Identifizierung mit dem Programm sowie die Öffentlichkeitsarbeit. Die Mehrheit der Kantone stützt sich auf ein Kommunikationskonzept ab, nutzt Materialien aus anderen KAP und von Gesundheitsförderung Schweiz und richtet die Öffentlichkeitsarbeit nach standardisierten Botschaften, insbesondere der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung, aus. Für Gesundheitsförderung Schweiz ist es wichtig, dass die KAP und die Stiftung in ihrer Öffentlichkeitsarbeit gegenseitig aufeinander verweisen. Durch einen gemeinsamen Auftritt soll das Thema gesunde Ernährung, Bewegung und Körpergewicht in der Öffentlichkeit gestärkt werden.

Frage 4: Wie sind die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz zu bewerten?

Seit der ersten Evaluation im Jahr 2008 hat die Zufriedenheit der KAP-Verantwortlichen mit den Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz stark zugenommen. Am meisten geschätzt werden von den KAP-Verantwortlichen die finanzielle Unterstützung und die Vernetzungsaktivitäten. Die jährlichen Netzwerktagungen stellen ein wichtiges Gefäss für den fachlichen Austausch sowie für die Vernetzung zwischen den KAP über die Sprachgrenzen hinweg dar. Ausbaufähig ist die Vernetzung von Gesundheitsförderung Schweiz mit nationalen Verbänden von Multiplikatoren (z. B. Schweizerischer Hebammenverband). Die Beratungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz werden mehrheitlich positiv beurteilt. Die Beratenden müssen dabei schwer vereinbare Ansprüche berücksichtigen. Einerseits müssen sie darauf achten, dass alle KAP den gleichen Qualitätskriterien genügen. Andererseits muss den unterschiedlichen kulturellen, sprachlichen und strukturellen Gegebenheiten Rechnung getragen werden. Die Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz im Bereich der Aufbereitung und des Transfers von Wissen werden gemischt beurteilt. Zwar werden die verschiedenen Grundlagenberichte als qualitativ wertvoll und wichtig für die Arbeit der Kantonalen Aktionsprogramme erachtet. Aber die Berichte werden teilweise als zu umfassend und zu wenig praxisrelevant eingeschätzt. Am kritischsten werden die Öffentlichkeitsarbeit und das Wirkungsmanagement bewertet. Im Hinblick auf das Wirkungsmanagement wird insbesondere die Selbstevaluation unterschiedlich beurteilt. Positiv hervorgehoben wird einerseits die Vereinfachung der Erhebungsinstrumente. Andererseits bilden die Selbstevaluationsraster für einige KAP-Verantwortliche ein wichtiges Instrument für die Selbstreflexion und das Programmmanagement. Kritisch beurteilt wird die ökonomische Evaluation aufgrund der schwer vergleichbaren Daten. Einige KAP-Verantwortliche sind zudem der Ansicht, dass der Synthesebericht und die Kantonsporträts ihnen keinen unmittelbaren operativen Nutzen bieten. Die übergeordneten Aussagen über alle KAP hinweg sowie zu den Investitionen im Synthesebericht sind jedoch für die KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz für die Rechenschaftsablegung und die Legitimation der Investitionen in die KAP von Bedeutung. In Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit werden nach wie vor die mangelnde Ausrichtung der Aktivitäten auf die Bedürfnisse der Kantone und der ungenügende Einbezug der Kantone in die Erarbeitung der Massnahmen kritisiert. Positiv erwähnt werden die von Gesundheitsförderung Schweiz finanzierten Filme über die einzelnen Projekte. Gesundheitsförderung Schweiz hat durch die Schaffung zusätzlicher Personalressourcen ab 2012 konkrete Massnahmen ergriffen, um die Schnittstelle zwischen der Kommunikationsabteilung und den Verantwortlichen für die KAP in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz zu verbessern.

Frage 5: Was kostet die Umsetzung insgesamt und verteilt auf die vier Ebenen und das Projektmanagement?

Im Jahr 2011 wurden insgesamt rund 14,8 Millionen Franken in die KAP investiert. Das entspricht ungefähr einem Prozent der Ausgaben in der Schweiz für

Prävention im Jahr 2010.[54] Davon trugen die Kantone den Hauptanteil. Gesundheitsförderung Schweiz zahlte rund 3,2 Millionen Franken direkt in die KAP und 1,4 Millionen Franken für übergeordnete Leistungen, wie zum Beispiel das Wirkungsmanagement, das BMI-Monitoring, wissenschaftliche Grundlagenarbeiten und die Betreuung der Massnahmen auf den vier Ebenen.[55] Der Anteil von Gesundheitsförderung Schweiz beträgt damit 31 Prozent an den gesamten Investitionen in die KAP. Dies entspricht rund 25 Prozent der Ausgaben von Gesundheitsförderung Schweiz.[56] 50 Prozent der 13,4 Millionen Franken, die von den Kantonen und Dritten sowie Gesundheitsförderung Schweiz direkt in die KAP investiert wurden, flossen in die Modulebene, 19 Prozent in das Programmmanagement, 17 Prozent in die Policyebene und 11 Prozent in die Öffentlichkeitsarbeit. Den geringsten finanziellen Aufwand hatte die Vernetzungsebene mit einer knappen halben Million Franken (4 %). Im Jahr 2011 wurden in den KAP pro Kind im Alter von 0 bis 16 Jahren – wie in den Vorjahren – durchschnittlich rund 14 Franken ausgegeben.

Seit der letzten Evaluationsrunde hat der Anteil der Investitionen in die Modulebene abgenommen, vermutlich weil zunehmend «fertige» (multiplizierbare) Modulprojekte erarbeitet waren und weniger in die Entwicklung investiert werden musste. Mit zunehmender Etablierung der KAP nahm auch der relative Aufwand für die Vernetzung ab. Etwa gleich geblieben ist der Anteil der Öffentlichkeitsarbeit in den KAP. Zugenommen hat hingegen der Anteil der Investitionen in die Policyebene, was auf eine Zunahme der Bedeutung dieser Ebene hinweist. Ebenfalls zugenommen hat der relative Aufwand für das Programmmanagement. Dies könnte daran liegen, dass zwei grosse Kantone erst in dieser Evaluationsrunde ein Aktionsprogramm gestartet haben. Aufgrund des grösseren Aufwands zu Beginn des Programms für das Aufgleisen der Massnahmen dürften die Kosten für das Programmmanagement in diesen Kantonen höher sein. Da diese Kantone ein grösseres Finanzvolumen aufweisen, fallen ihre Kosten an den Gesamtkosten für das Programmmanagement über alle Kantone hinweg stärker ins Gewicht. Eine weitere Erklärung ist die problematische Abgrenzung der Vernetzung vom Programmmanagement bei der Kostenerfassung in einigen Kantonen. Insgesamt zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Entwicklung der Kostenanteile zwischen den Gruppen sowie zwischen den einzelnen KAP.

Aus finanzieller Sicht zeichnet sich ab, dass Gesundheitsförderung Schweiz die Funktion eines Impulsgebers erfolgreich erfüllt. Obwohl der Beitrag von Gesundheitsförderung Schweiz an die KAP in absoluten Zahlen gleich geblieben ist, liegt deren Anteil der Beiträge an den Gesamtinvestitionen in die KAP deutlich unter dem Beitrag der Kantone und hat über die Zeit abgenommen. Der Multiplikatoreffekt hat sich gesteigert. Während 2009 für einen Franken, den Gesundheitsförderung Schweiz direkt in die KAP investierte, von den Kantonen/Dritten rund 1,90 Franken zusätzlich beigetragen wurden, waren es rund 2,10 Franken im Jahr 2011. Darin sind die übergeordneten Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz eingeschlossen.[57]

Frage 6: Wie gut werden die Zielgruppen der KAP erreicht und sind Hinweise auf Wirkungen erkennbar?

Nachfolgend beschreiben wir allfällige Wirkungen der KAP unterteilt nach Leistungen der KAP (Out-

[54] Laut Angaben des Bundesamts für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens wurden im Jahr 2010 (provisorische Zahlen) 1,48 Milliarden Franken in Prävention investiert, davon rund 18,5 Millionen Franken in die Gesundheitsförderung (Art. 19 KVG). <http://www.bfs.admin.ch/>, Zugriff am 2.7.2012.

[55] Einschliesslich des geschätzten Gemeinkostenanteils (GK). Ohne übergeordnete Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz betrugen die Gesamtkosten einschliesslich GK 13,4 Millionen Franken, ohne GK 11,2 Millionen Franken.

[56] Vgl. Fussnote 54.

[57] Dieser Effekt zeigt sich auch, etwas abgeschwächt, bei alleiniger Betrachtung der 1. und 2. Gruppe. Der Multiplikatoreffekt kann entsprechend nicht auf grosse Kantone der 3. Gruppe wie Zürich und Bern zurückgeführt werden, welche relativ viele eigene finanzielle Mittel in die KAP investiert haben.

puts), mittelfristigen Wirkungen bei den Zielgruppen (Outcomes) und längerfristigen übergeordneten Wirkungen im gesellschaftlichen Kontext (Impacts).

Leistungen der KAP

Für die Beurteilung der Outputs liefern die im Rahmen der Selbstevaluation eingesetzten Erhebungsinstrumente ausführliche Informationen. Nachfolgend präsentieren wir die wichtigsten Erkenntnisse betreffend die Umsetzung der KAP:

- *Umfassende Programme:* Die KAP setzen vielfältige Aktivitäten auf den vier Ebenen Module, Policy, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit um.
- *Aufbau auf Bewährtem:* Positiv zu bewerten ist der Trend, Bewährtes aufzugreifen. So werden evaluierte, erfolgreiche Modulprojekte aus anderen Kantonen multipliziert und bereits im Kanton bestehende Projekte in die KAP integriert. In der Vernetzung werden bereits im Kanton aktive Akteure im Bereich Bewegung und Ernährung miteinbezogen. In der Öffentlichkeitsarbeit werden – soweit auf die kantonalen Gegebenheiten anpassbar – Kommunikationsmaterialien aus anderen Kantonen und von Gesundheitsförderung Schweiz verwendet.
- *Orientierung an den Bedürfnissen der Zielgruppen:* Den KAP-Verantwortlichen aus den Kantonen ist es über alle vier Ebenen hinweg ein Anliegen, die Bedürfnisse der Zielgruppen (inklusive Multiplikatoren) bei der Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zu berücksichtigen. Auf diese Weise gelingt es, Angebote bereitzustellen, welche auf Interesse stossen.
- *Problematik mangelnder Nachhaltigkeit:* Bisher ist es nur vereinzelt gelungen, die Aktivitäten durch eine längerfristige Finanzierung oder die Überführung in ein Regelangebot nachhaltig zu sichern.

Mittelfristige Wirkungen bei den Zielgruppen

Die KAP richten sich an verschiedene Zielgruppen, die durch unterschiedliche Massnahmen angesprochen werden.

- *Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren:* Kinder und Jugendliche stellen die Hauptzielgruppe der Kantonalen Aktionsprogramme dar. In erster Linie wird diese Zielgruppe durch die Modulprojekte abgedeckt. Gemäss einer groben Schätzung haben die wichtigsten und am meisten verbreiteten Modulprojekte im Jahr 2011 rund 130 000 Kinder erreicht.[58] Die Modulprojekte haben unterschiedliche Zielsetzungen. Einerseits zielen sie auf eine Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhalten der Kinder und Jugendlichen in Bezug auf die Themen Bewegung und Ernährung ab (Verhaltensprävention). Andererseits soll durch Modulprojekte ein gesundheitsförderndes Umfeld für Bewegung und Ernährung geschaffen werden (Verhältnisprävention). Die Identifikation verhaltensbezogener Wirkungen war nicht Gegenstand der Selbstevaluation. Hinweise dazu lassen sich aber aus den Fremdevaluationen einzelner Projekte gewinnen. So zeigen Evaluationen des Projekts «Purzelbaum» in mehreren Kantonen eine Zunahme der Bewegungsaktivitäten von Kindern auf. Was die Verhältnisprävention betrifft, haben die KAP bisher gewisse Wirkungen erzielen können. Zum Beispiel hat das Label «Fourchette verte» zu einem gesunden Ernährungsangebot in Betreuungseinrichtungen von Kindern beigetragen. Über alle KAP hinweg gesehen, ist es jedoch bisher noch zu wenig gelungen, verhältnisbezogene Massnahmen breit einzuführen.
- *Multiplikatoren:* Multiplikatoren aus verschiedenen Settings werden einerseits durch Modulprojekte angesprochen. Andererseits werden Multiplikatoren erfolgreich in die Vernetzungsaktivitäten der Kantone eingebunden. Durch die wichtigsten Projekte zur Weiterbildung von Multiplikatoren werden pro Jahr rund 2200 Personen erreicht. Aufgrund fehlender Referenzgrössen ist es schwierig, diese Zahl einzuordnen. Auch die Beurteilung der Wirkungen der Modulprojekte auf die Fachkompetenzen der Multiplikatoren ist aufgrund der Daten aus der Selbstevaluation nicht

[58] Die Auswahl der wichtigsten Projekte basiert auf folgenden Kriterien: hohe Zielgruppenerreichung, multipliziertes Projekt, von Gesundheitsförderung Schweiz empfohlenes Projekt, Sprachregion, Altersgruppe der Kinder sowie Handlungsfeld. Diese Projekte entsprechen rund 50 % der Modulprojekte in den KAP. 130 000 erreichte Kinder entsprechen 10 %, bezogen auf rund 1,3 Mio. im Alter von 0 bis 16 Jahren in den KAP-Kantonen.

möglich. Es gibt Hinweise aus den Fremdevaluationen einzelner Projekte, dass die Multiplikatoren stärker für das Thema gesundes Körpergewicht sensibilisiert werden und das zugewonnene Wissen in ihrem Berufsalltag einsetzen.
- *Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung:* Vor allem Politiker/-innen und Amtsleitende in Kanton und Gemeinden sind Zielgruppe der Aktivitäten auf der Policyebene. In einem Drittel der Kantone ist es den KAP-Verantwortlichen gut gelungen, diese Entscheidungsträger für die Anliegen des KAP zu gewinnen und die Realisierung von Policymassnahmen voranzutreiben. In zwei Dritteln der Kantone blieben Erfolge entweder aufgrund der kurzen Laufdauer des Programms oder eines schwierigen politischen Umfeldes aus.
- *Breite Öffentlichkeit:* Wie gut die breite Öffentlichkeit über verschiedene Kommunikationskanäle erreicht wurde und wie sich die Botschaften auf den Wissensstand zu gesunder Ernährung und Bewegung auswirken, war nicht Gegenstand der Selbstevaluation.

Die ersten Jahre der Kantonalen Aktionsprogramme zeigen deutliche Erfolge auf verschiedenen Outcome-Ebenen, bei der Erreichung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 16 Jahren, bei der Schaffung von gesundheitsfördernden Strukturen auf lokaler Ebene sowie bei der Einbindung verschiedener Multiplikatoren und Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung. Eine Schwachstelle ist, dass die bestehenden Evaluationsinstrumente Outcomes nur teilweise erfassen und die Beurteilung von Wirkungen entsprechend schwierig ist.

Längerfristige übergeordnete Wirkungen

Längerfristig sollen die KAP zu einer Stabilisierung beziehungsweise Reduzierung des Anteils übergewichtiger Kinder führen. Inwiefern die aus dem BMI-Monitoring hervorgehende Stabilisierung auf die Massnahmen der KAP zurückzuführen ist, kann nicht beurteilt werden. Dafür müssten über die Evaluation einzelner Projekte hinaus Erkenntnisse über die Auswirkungen der KAP auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder und Jugendlichen gewonnen werden.

Fazit und Empfehlungen

Als Fazit werden die wichtigsten Entwicklungen in den KAP zwischen 2009 – Zeitpunkt der letzten Zwischenevaluation – und 2011 nachgezeichnet. Die grössten Erfolge und Herausforderungen der KAP wurden gemeinsam mit den KAP-Verantwortlichen im Rahmen eines Workshops diskutiert und validiert.

Erfolge

- *Vorbild für andere Schwerpunktprogramme:* Die KAP haben sich als Erfolgsmodell erwiesen, weil sie das Thema gesundes Körpergewicht mit unterschiedlichen Instrumenten auf verschiedenen Ebenen (Module, Policy, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit) vorantreiben. In mehreren Kantonen dienten die KAP in den letzten zwei Jahren als Vorlage für die Entwicklung weiterer Schwerpunktprogramme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Ausschlaggebend dafür war der einheitliche konzeptuelle Rahmen für alle Kantone, welcher gleichzeitig Flexibilität in Bezug auf die lokalen Gegebenheiten bietet.
- *Steigende Bedeutung der Chancengleichheit:* Über alle Ebenen hinweg wird der Chancengleichheit mehr Bedeutung eingeräumt. Der Anteil der Modulprojekte, welche den Aspekt der Chancengleichheit berücksichtigen, ist zwischen 2009 und 2011 deutlich von 20 auf 35 Prozent gestiegen.
- *Vermehrte Multiplikation von Projekten:* In den letzten zwei Jahren hat sich bei einer grossen Mehrheit der Kantone die Erkenntnis, dass die Multiplikation von Projekten einen Mehrwert bietet, in der konkreten Umsetzung niedergeschlagen. Der Anteil multiplizierter Projekte ist in Kantonen der dritten und vierten Gruppe mit 71 Prozent höher als bei den Vorreiterkantonen der ersten und zweiten Gruppe mit 56 Prozent.
- *Zunehmende Fokussierung auf Verhältnisprävention:* Der Anteil der Modulprojekte, welche der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, ist zwischen 2009 und 2011 von 56 auf 69 Prozent gestiegen.

- *Verstärkte Vernetzung:* Die Vernetzung zwischen Kantonen über die Sprachgrenzen hinweg hat vor allem dank der Netzwerktagungen von Gesundheitsförderung Schweiz in den letzten zwei Jahren klar zugenommen. Die Vernetzung innerhalb der Kantone zwischen relevanten Akteuren im Bereich Bewegung und Ernährung wurde insbesondere in grösseren Kantonen dank der KAP gestärkt.
- *Gute Zielgruppenerreichung:* Die am weitesten verbreiteten Modulprojekte erreichten im Jahr 2011 gemäss einer Hochrechnung von Gesundheitsförderung Schweiz rund 6840 Settings (Schulklassen, Kindertagesstätten usw.) und 130 000 Kinder und Jugendliche (vgl. Tabelle DA 4 im Anhang).
- *Gelingender Multiplikatorenansatz:* Mit den am weitesten verbreiteten Modulprojekten wurden alleine im Jahr 2011 rund 2200 Multiplikatoren weitergebildet.

Herausforderungen

- *Kritische Haltung des gesellschaftlichen und politischen Umfelds:* Seit 2009 hat sich das gesellschaftliche Umfeld aus Sicht der KAP-Verantwortlichen tendenziell verschlechtert, was sich unter anderem in einer Verharmlosung der Übergewichtsproblematik und der Infragestellung der Wirksamkeit von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen äussert. Dies ist unter anderem auf die im Evaluationszeitraum laufenden Diskussionen im Zusammenhang mit dem Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung und den anhaltenden Spardruck im gesamten Gesundheitsbereich zurückzuführen. Trotz dieses schwierigen Umfelds ist es den meisten KAP-Verantwortlichen der ersten und zweiten Gruppe gelungen, das Kantonale Aktionsprogramm in die zweite Phase zu überführen.
- *Fortbestehende Schwierigkeiten bei der Implementierung von Policymassnahmen:* Die Anzahl Policymassnahmen hat zwar zugenommen, jedoch sind die meisten noch im Aufbau begriffen und nur wenige haben verbindlichen Charakter. Wie im Jahr 2009 erschweren die Stellung der KAP-Leitenden in der Verwaltung sowie die fehlenden Entscheidungsbefugnisse Fortschritte bei der Implementierung von Policymassnahmen.
- *Geringe Verankerung der Modulprojekte auf kantonaler Ebene:* Auf lokaler Ebene ist zwar eine Verankerung von Modulprojekten beobachtbar. Seit der letzten Zwischenevaluation sind jedoch kaum Fortschritte bei der Verankerung von Modulprojekten auf kantonaler Ebene erkennbar. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die ersten vier Jahre dem Aufbau der Programme gewidmet waren.
- *Limitierung der Chancengleichheit auf Migrantinnen und Migranten:* In den KAP sind die Massnahmen im Bereich der Chancengleichheit überwiegend auf Migrantinnen/Migranten fokussiert. Andere vulnerable Gruppen wie Einkommensschwache oder Bildungsferne sind selten Gegenstand der Aktivitäten. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen sehr wenige Erfahrungen bezüglich Erreichung dieser vulnerablen Gruppen vor.
- *Erschwerter Zugang zu den Schulen:* Der bereits 2009 als schwierig eingestufte Zugang zu den Schulen hat sich in den letzten zwei Jahren aufgrund von Schulreformen in einigen Kantonen weiter verschlechtert. Die Bereitschaft der stark ausgelasteten Schulen und Lehrpersonen, sich für ein Projekt zu engagieren, hat dadurch zusätzlich nachgelassen. Eine weitere Herausforderung bilden die neuen regionalen Lehrpläne (PER, Lehrplan 21), welche einen ganzheitlichen Ansatz erfordern.
- *Operativer Nutzen der Selbstevaluationsprodukte umstritten:* Aus dem Synthesebericht und den Kantonsporträts ergibt sich nur bedingt ein unmittelbarer Nutzen auf operativer Ebene. Die ökonomische Evaluation ist aufgrund der Heterogenität der Daten umstritten.

Diese Herausforderungen bildeten die Grundlage für die nachstehenden Empfehlungen, welche gemeinsam mit den KAP-Verantwortlichen im Rahmen des Workshops entwickelt wurden.

Empfehlung 1: Modulprojekte längerfristig sichern

Auf der Modulebene wurden Projekte mit besonderer Qualität und einer guten Erreichung der Kinder und Jugendlichen entwickelt und umgesetzt. Damit diese Aufbauarbeit weiterhin Früchte tragen wird, gilt es, bereits in der zweiten Phase der KAP Konzepte für eine strukturelle Verankerung der Modulprojekte zu entwickeln und diese in einer dritten Phase umzusetzen. Ein langfristiges Engagement sowohl seitens der Kantone als auch von Gesundheitsförderung Schweiz ist – gestützt auf Erfahrungen aus anderen Präventionsbereichen – für eine breite Verankerung unabdingbar. Um den dafür erforderlichen Rückhalt bei den Entscheidungsträgern zu gewinnen, werden Gesundheitsförderung Schweiz und den Kantonen folgende Massnahmenempfohlen:

Gesundheitsförderung Schweiz

- *Erarbeitung von Verankerungskonzepten unterstützen:* Im Rahmen einer Netzwerktagung sollte ein Austausch von Erfahrungen bezüglich Verankerung zwischen KAP-Verantwortlichen ermöglicht und eine Grundlage für ein Verankerungskonzept (z. B. in Form einer Checkliste) erarbeitet werden.
- *Lobbying auf nationaler Ebene betreiben:* Es ist einerseits notwendig, dass sich Gesundheitsförderung Schweiz längerfristig für das Thema Bewegung und Ernährung engagiert, damit die Kantone genügend Zeit für die strukturelle Verankerung der Modulprojekte haben. Andererseits gilt es, gemeinsam mit nationalen Verbänden die Verankerung von Modulprojekten zu prüfen.

Kantone

- *Verankerungskonzepte entwickeln:* Die KAP-Verantwortlichen in den Kantonen sollten im Laufe der zweiten Phase ein Verankerungskonzept erarbeiten. Darin gilt es, die nachfolgenden Punkte zu thematisieren.
- *Strategien zur Einbettung von Projekten in bestehende Netze, Strukturen und Angebote erarbeiten:* Durch diese Einbettung steigen die Chancen für eine nachhaltige Verankerung. Dazu sind verschiedene mögliche Vorgehensweisen zu prüfen (z. B. Anschubfinanzierung oder vollständige anfängliche Kostenübernahme mit dem Ziel sukzessiver Ablösung).[59]
- *Kantonale Koordination sicherstellen:* Auch wenn die Einbettung in bestehende Strukturen und Angebote gelingt, besteht ein kantonaler Koordinationsbedarf. Durch eine weiterführende kantonale Koordination kann die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Projekte gewährleistet werden.
- *Lobbying auf kantonaler Ebene betreiben:* Um die Projekte inklusive kantonaler Koordination längerfristig sicherzustellen, ist ein Lobbying bei den Entscheidungsträgern innerhalb des Kantons notwendig. Dabei sind die Akzeptanz der Projekte bei den Zielgruppen und Multiplikatoren sowie die Wirkungen sichtbar zu machen. Als Kommunikationsinstrumente können Gespräche, Präsentationen, Informationsbriefe und konkrete Aktionen genutzt werden.

[59] Dabei gilt es, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es schwierig ist, allfällige Partner während der Laufzeit des Programms für eine programmexterne Verankerung respektive KAP-unabhängige Finanzierung zu gewinnen.

Empfehlung 2: Policymassnahmen neu definieren und umsetzen

Bei Policymassnahmen handelt es sich idealerweise um besonders nachhaltige und breitenwirksame strukturelle Interventionen. Fortschritte bei der Implementierung von Policymassnahmen erfolgen jedoch zögerlich. Der Grund dafür könnte einerseits in den für die KAP-Verantwortlichen schwer berechenbaren Prozessen liegen. Andererseits könnten die mit den Policymassnahmen verfolgten Ziele zu ambitiös sein. In der Praxis werden die Ziele relativ flexibel gehandhabt, was eine Anpassung an die Realitäten in den Kantonen erlaubt, einem gemeinsamen Verständnis jedoch abträglich ist. Zusätzlich könnten Fortschritte durch ein Vorgehen erzielt werden, welches weniger top down gesteuert und stärker auf die Bedürfnisse der Zielgruppen ausgerichtet ist. Um das grosse Wirkungspotenzial der Policymassnahmen in der zweiten Phase der KAP noch besser ausschöpfen zu können, sind folgende Schritte erforderlich:

Gesundheitsförderung Schweiz

- *Erfahrungen reflektieren und Ziele der Policymassnahmen überprüfen:* Der Begriff Policymassnahmen ist auch nach vier Jahren sowohl in der aktuellen Praxis der KAP als auch im Verständnis der Verantwortlichen relativ unpräzise. Um ein gemeinsames Verständnis sicherzustellen, sollten die Erfahrungen der letzten vier Jahre reflektiert und die Ziele der Policymassnahmen überprüft werden.
- *Lobbying auf nationaler Ebene betreiben:* Der Einsatz der KAP-Verantwortlichen auf kantonaler Ebene könnte auf nationaler Ebene durch Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt werden. Dafür könnte sich die Stiftung bei wichtigen Partnern (Verbänden, GDK, EDK usw.) für die Etablierung von Policymassnahmen einsetzen. Dabei sollten Gelegenheitsfenster wie die Lehrplanentwicklung gezielt genutzt werden (vgl. Empfehlung 3).

Kantone

- *Sich proaktiv vernetzen:* Die KAP-Verantwortlichen könnten sich noch stärker proaktiv in Ausschüssen, Kommissionen und informellen Treffen einbringen, um die Interessen der KAP zu vertreten und Gelegenheitsfenster zu erkennen.
- *Gelegenheitsfenster nutzen:* Reform- sowie Gesetzgebungsprozesse stellen Gelegenheiten dar, welche die KAP-Verantwortlichen für die Implementierung von Policymassnahmen gezielt nutzen sollten (z. B. Konkretisierung der Lehrplanumsetzung).
- *Neue Handlungsfelder erschliessen:* Bisher war die Sozialpolitik (z. B. Vorschulbetreuung) relativ selten Gegenstand von Policymassnahmen. Um dieses Handlungsfeld zu erschliessen, sollten die KAP-Verantwortlichen sich mit relevanten Akteuren in diesem Bereich vernetzen.

Empfehlung 3: Zugang zu den Schulen verbessern

Die Schulen sind für die KAP ein wichtiges Handlungsfeld, um eine möglichst gute Abdeckung der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten. Eine breite Einbindung der Schulen über das Engagement einzelner motivierter Lehrpersonen hinaus hat sich jedoch auch in der letzten Evaluationsrunde als schwierig erwiesen. In der zweiten Phase der KAP gilt es, den Zugang zu den Schulen durch attraktive Projekte zu verbessern und allfällige Chancen, welche sich durch die Schulreformen ergeben, zu nutzen. Dazu sind folgende Schritte notwendig:

Gesundheitsförderung Schweiz

- *Stellenwert der Gesundheitsförderung im Lehrplan 21 verstärken:* Während der Bewegungs- und Ernährungsunterricht im Westschweizer Plan d'études romand (PER) einen der fünf disziplinarischen Schwerpunkte darstellt, ist der Stellenwert der beiden KAP-Themen im Deutschschweizer Lehrplan 21 weniger prominent. Gesundheitsförderung Schweiz sollte sich für eine stärkere Thematisierung im Lehrplan einsetzen.
- *Umsetzung der regionalen Lehrpläne an den pädagogischen Hochschulen begleiten:* Zusammen mit den Kantonen könnte sich Gesundheitsförderung Schweiz in den Prozess der Konkretisierung der regionalen Lehrpläne (PER, Lehrplan 21) im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der Lehrpersonen an den pädagogischen Hochschulen einbringen.

Kantone

- *KAP-Themen in den Umsetzungsprozess der regionalen Lehrpläne einbringen:* Die KAP-Verantwortlichen sollten gemeinsam mit ihren Partnern im Bildungsdepartement überlegen, wie die Themen Bewegung und Ernährung in den Umsetzungsprozess der regionalen Lehrpläne im Kanton einfliessen könnten.
- *Erfolgreiche Projekte umsetzen:* Es gilt, Projekte für die Schulen weiterzuentwickeln und zu verbreiten, welche folgenden Kriterien genügen:
  > Projekte modular aufbauen
  > Anreize (z. B. finanzielle Unterstützung, Label) für Schulen schaffen
  > Lehrpersonen direkt ansprechen (z. B. Schulblätter, Stufenkonferenzen, Newsletter, Lehrerverbände, Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen)
  > Lehrpersonen in der Umsetzung begleiten (z. B. Coaching, Erarbeitung Unterrichtsunterlagen)
  > Alternative schulnahe Ansprechpartner einbeziehen (z. B. Schulsozialarbeiter/-innen)

Empfehlung 4: Projekte für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen entwickeln

Die Massnahmen der KAP im Bereich der Chancengleichheit betreffen fast ausschliesslich die Migrationsbevölkerung. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen sehr wenige Projekte vor, welche sich explizit auf sozioökonomisch benachteiligte Gruppen (auch Schweizer/-innen) beziehen. Bei diesen von Übergewicht besonders betroffenen Gruppen gibt es aber ein grosses Wirkungspotenzial. Für die zweite Phase der KAP sind daher nachfolgende Schritte einzuleiten:

Gesundheitsförderung Schweiz

- *Grundlagen erarbeiten:* Zur Bereitstellung von Grundlagen könnte Gesundheitsförderung Schweiz zuerst im In- und Ausland systematisch Ideen und Erfahrungen von Projekten für sozioökonomisch Benachteiligte zusammentragen. Danach wäre es sinnvoll, mit den Sozialdiensten, welche einen guten Zugang zu sozioökonomisch Benachteiligten haben, das Potenzial für gemeinsame Projekte zu erörtern.
- *Entwicklung von Interventionen für sozioökonomisch Benachteiligte fördern und bestehende Angebote für diese Gruppen besser zugänglich machen:* Auf der Basis dieser Grundlagenarbeiten sollte ein Wissenstransfer und Erfahrungsaustauch mit den Kantonen stattfinden und die Entwicklung geeigneter Interventionen unterstützt werden.

Kantone

- *Erfahrungen mit existierenden niederschwelligen Projekten sammeln:* Mit dem Kursangebot «Gut, gesund und günstig essen» der Stiftung für Konsumentenschutz sowie Midnight Sport und Open Sunday gibt es Projekte, welche sozioökonomisch Benachteiligte besonders gut erreichen. Auch für weitere Projekte könnte geprüft werden, inwiefern diese sozioökonomisch Benachteiligte erreichen und auf welche Akzeptanz sie bei dieser Gruppe stossen.

Empfehlung 5: Die Selbstevaluation optimieren

Die Selbstevaluation ist ein wichtiges Instrument, um die Umsetzung zu beurteilen und zu verbessern. Das Selbstevaluationsraster wird von den KAP-Verantwortlichen jedoch noch wenig als Lerninstrument eingesetzt. Der Synthesebericht mit seinen übergeordneten Aussagen sowie die Kantonsporträts bieten den einzelnen KAP-Verantwortlichen wenige unmittelbar nutzbare Hinweise zur Optimierung der Umsetzung. Um den Nutzen der Selbstevaluation für die KAP-Verantwortlichen in der zweiten Phase der KAP zu verbessern sowie Aussagen zu Wirkungen und zum Kosten-Nutzen-Verhältnis machen zu können, sind folgende Massnahmen notwendig:

Gesundheitsförderung Schweiz

- *Weitere Standardisierung und Vereinfachung der ökonomischen Evaluation:* Der Aufwand für die Erstellung der ökonomischen Evaluation ist im Vergleich zum Nutzen zu hoch. Um den Aufwand zu reduzieren, könnte auf die Jahresabschlussrechnungen der KAP zurückgegriffen werden. Diese sollten in Rücksprache mit den KAP-Verantwortlichen aufbereitet und standardisiert werden.
- *Vermehrte Nutzung des Qualitätsrasters für die Modulprojekte:* Mittels des von Gesundheitsförderung Schweiz und Suisse Balance erarbeiteten Qualitätsrasters (quint-essenz) könnten pro KAP ausgewählte Modulprojekte beurteilt werden. Eine solche Beurteilung liefert den KAP-Verantwortlichen einerseits vertiefte Erkenntnisse für die Optimierung der Umsetzung. Andererseits könnten die Daten im Synthesebericht ohne Hinweise auf die einzelnen Kantone ausgewertet werden.
- *Systematische Erfassung von Wirkungen:* Im Rahmen der Selbstevaluation sollte einerseits der Erfassung von Wirkungen mehr Stellenwert eingeräumt werden. Andererseits gilt es, Wirkungsevaluationen von grösseren, kantonsübergreifenden Projekten zu realisieren. Dadurch können im Synthesebericht aussagekräftigere Aussagen zu den Wirkungen der KAP und zum Kosten-Nutzen-Verhältnis gemacht werden. Zudem können Wirkungsevaluationen von den KAP-Verantwortlichen als Argumentationshilfe gegenüber Entscheidungsträgern genutzt werden.

Kantone

- *Selbstevaluation noch stärker als Lerninstrument nutzen:* Innerhalb der Programmleitungen, der Begleitgruppe oder im Austausch mit den Projektleitenden könnte die Selbstevaluation noch stärker als Lerninstrument eingesetzt werden. Es wird vorgeschlagen, dazu jährlich Selbstevaluationsworkshops durchzuführen und gemeinsam Lehren für das folgende Jahr herauszuarbeiten.

Anhang

A1 Liste mit Zielen und Indikatoren

Gesundheitsförderung Schweiz hatte eine Liste mit Zielen und möglichen Indikatoren für die Planung und Evaluation der KAP-Phase 2 erarbeitet und dazu von den KAP Feedbacks eingeholt. Auf Basis dieser Feedbacks wurde nun eine Selektion vorgenommen, die der Evaluation KAP mit Interface als Grundlage dient. Die Tabelle DA 1 gibt eine Übersicht darüber, welche Indikatoren für die Evaluation genutzt werden und woher die Daten zur Beurteilung dieser Indikatoren stammen. Insgesamt stützt sich die Evaluation auf die folgenden Datenquellen ab:

- das Selbstevaluationsraster (**«Raster Selbstevaluation»**) bildet eine Grundlage bei vielen Indikatoren und ist nicht jedes Mal einzeln aufgeführt
- Kostenerfassungsformular (**«Kostenerfassung»**)
- Standardisierte Fragen in Ergänzung zum bisherigen Selbstevaluationsraster (**«Fragenkatalog»**)
- Liste Projekte und Policymassnahmen von GFCH (**«Projekt-/Massnahmenliste»**)
- Interviewfragen (**«Interviews»**) – Grundlage für die Interviews bilden grundsätzlich die Daten aus den Selbstevaluationsrastern sowie die Antworten zum Fragenkatalog
- Weitere Erhebungen wie interne Statistiken GFCH, BMI-Monitoring usw.

Projekt-/Massnahmenliste: Bei dieser Liste handelt es sich um eine Übersicht über alle Projekte und Policymassnahmen, die in den verschiedenen KAP umgesetzt werden. Quinta Schneiter führt diese Liste und kategorisiert die Projekte und Massnahmen auf Basis der Konzepte und Selbstevaluationen (z. B. nach Projektart, Projektstatus, Verhalten/Verhältnisse, Berücksichtigung Chancengleichheit usw.).
Hinweis: Vereinzelt kommen Indikatoren mehr als einmal in der Liste vor, nämlich dann, wenn sie zur Beurteilung von mehr als einem Ziel dienen.
In der Tabelle DA 1 ist die von Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit den KAP-Verantwortlichen der Kantone erarbeitete Liste mit Zielen und Indikatoren sowie den Datenquellen aufgeführt.

DA 1: Liste mit Zielen und Indikatoren

Übergeordnete Ziele	Konkretisierung	Datenquelle
1 Die Kantonalen Aktionsprogramme werden in einem ähnlichen Umfang weitergeführt		
Anzahl KAP und beteiligte Kantone	Sollwert: Mindestens 20 Kantone mit einem KAP	**Statistik GFCH**
Umfang investierter Gelder	im Rahmen oder im Zusammenhang mit dem KAP	Im Rahmen des KAP: **Kostenerfassung** Unabhängig vom KAP: **Fragenkatalog**
Durchgeführte Policy-massnahmen	Art, Anzahl, Ergebnisse	**Projekt-/Massnahmenliste** Ergebnisse: **Interview National: Interview Interface mit GFCH**
Verankerte Projekte/ Massnahmen	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste**
Stand der Umsetzung KAP		**Projekt-/Massnahmenliste Interview Interface mit GFCH**
2 Die Massnahmen in den Themenbereichen Bewegung und Ernährung sind nachhaltig verankert		
Anteil Modulprojekte mit Verhältnischarakter	im Verhältnis zu allen umgesetzten Projekten	**Projekt-/Massnahmenliste**
Durchgeführte Policy-massnahmen	Art, Anzahl Ergebnisse	**Projekt-/Massnahmenliste Fragenkatalog**
Allianzen auf nationaler Ebene	Art und Anzahl	**Statistik GFCH**
Verankerte Projekte/ Massnahmen	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste**
Standards/Empfehlungen für E&B in Schulen, Kitas, Krippen		**Projekt-/Massnahmenliste**
3 Die Empfehlungen aus dem State-of-the-Art-Bericht sowie aus der Evaluation KAP sind in die Umsetzung der 2. Staffel eingeflossen		
Widerspiegeln der Empfehlungen in Konzepten und Verträgen	Empfehlungen: s. Planungs-dokument 2. Staffel	**Interview Interface mit GFCH**
Spezifisch konzipierte Weiter-bildungsangebote und deren Be-such durch KAP-Mitarbeitende	Art und Anzahl Weiter-bildungen, Anzahl und Herkunft Teilnehmende	**Statistik GFCH**

Übergeordnete Ziele	Konkretisierung	Datenquelle
4 Der Anteil übergewichtiger Kinder/Jugendlicher bleibt weiterhin stabil oder nimmt gar ab		
BMI Kinder/Jugendliche Städte und Kantone (Basisstufe bis Oberstufe)	nur für die Kantone, aus denen es Zahlen gibt	**BMI-Monitoring**
5 Das Programm erreicht insbesondere auch die vulnerablen Zielgruppen		
Projekte mit Fokus Chancengleichheit	Art und Anteil, Art vulnerable Gruppe	**Projekt-/Massnahmenliste** a) Auf vulnerable Gruppen ausgerichtet b) Chancengleichheit berücksichtigt (evtl. noch spezifischer: Migration, Gender, ...)
BMI Kinder/Jugendliche aus vulnerablen Gruppen	Migration, Bildung, Einkommen	**BMI-Monitoring**
Ausrichtung der Öffentlichkeitsarbeit auf vulnerable Gruppen	Vulnerable Gruppen definieren	**Fragenkatalog** und Liste Broschüren von Quinta, nach Art der vulnerablen Gruppen gruppieren, Einschätzung, wie viele entsprechende Infos erhalten
Policymassnahmen spezifisch für vulnerable Gruppen	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste** und Liste Broschüren a) Öffnung Policymassnahmen für vulnerable Gruppen b) spezifische Massnahme für vulnerable Gruppen
Vernetzung mit Partnern aus dem Integrations-/Sozialbereich resp. relevanten Partnern	Art und Umfang	**Fragenkatalog**
6 Ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung sind feste Bestandteile des Alltags von Kindern (und Jugendlichen?)		
Strukturelle Verankerungen entsprechender Angebote in Quartieren, Städten, Gemeinden, Schulen, Krippen	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste, Frageraster** Liste erweitern um Settings
Standards und Empfehlungen in entsprechenden Settings	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste, Frageraster**
Neue/verbesserte Bewegungsräume und Ernährungsangebote	Art und Anzahl (in Schulen, Quartieren, Städten und Gemeinden)	**Projekt-/Massnahmenliste, Frageraster**
Niederschwelliger Zugang zu den Angeboten		**Projekt-/Massnahmenliste** vgl. Chancengleichheit

Teil 2 – Ziele und Indikatoren pro Ebene

Policy		
P1 Die Themen Bewegung und Ernährung sind in den Kantonen zunehmend strukturell verankert		
Verankerung der Themen in Aus- oder Weiterbildungen von Multiplikator/-innen	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste evtl. Fragenkatalog**
Existenz (neuer) kantonaler Regelungen und Empfehlungen	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste**
Verankerung der Themen in den kantonalen Lehrplänen	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste**
Stand der Umsetzung der Policy-massnahmen	Status (1–10), analog Projektstatus	**Projekt-/Massnahmenliste**
Neue institutionalisierte Vernetzungefässe, z. B. Multiplikator/-innen, Stakeholder, Zielgruppen	Art und Anzahl	**Selbstevaluation, Interviews**
P2 Politiker setzen sich für die Förderung von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung ein		
Parlamentarische Vor-stösse und Beantwortung der Vorstösse	Art und Anzahl, Begründungen	**Datenbank Politikmonitoring** und Monitoring Lex (Quinta fragen)
Engagement von Gemeinden/ Gemeindepolitikern bei Projek-ten mit Setting Gemeinde (z. B. Midnight Basketball, ...)	Anzahl Gemeinden, Art und Umfang	**Projekt-/Massnahmenliste Fragenkatalog**
Regierungsräte engagieren sich aktiv in einem KAP-Gremium	Art und Umfang	**Fragenkatalog**
Aufnahme von Bewegung und Ernährung in politische Strate-giepapiere (Politplan, ...)	Art und Anzahl	**Fragenkatalog**
Interdepartementale Entscheide zugunsten Bewegung, Ernäh-rung und Gewicht	Art und Umfang	**Fragenkatalog**

Module		
M1 Es findet eine Fokussierung statt hin zu qualitativ guten Interventionen, welche sich für nachhaltige Verbreitung und Verankerung eignen		
Projekte, welche diesen Kriterien entsprechen	Anteil	**Projekt-/Massnahmenliste** in Anlehnung an das Stufenmodell
Gelder, welche für entsprechende Projekte investiert werden	Anteil	**Kostenerfassung,** auf Basis **Projektliste**
(Regelmässig) evaluierte Projekte	Anteil	**Projekt-/Massnahmenliste**
Multiplizierte/transferierte Projekte	Anteil	**Projekt-/Massnahmenliste Interviews?** (Hindernisse bei der Multiplikation)?
M2 Die Modulprojekte decken vermehrt die zentralen Settings und Multiplikatorengruppen ab (siehe Modulbeschreibungen)		
Projekte in den zentralen Settings und mit zentralen Multiplikatorengruppen	Anteil Projekte, Verteilung nach Art der Settings/Multiplikatoren, Art der Projekte!	**Projekt-/Massnahmenliste**
Standards/Empfehlungen für E&B in Schulen, Kitas, Krippen		**Projekt-/Massnahmenliste**
M3 Modulprojekte sind zunehmend in bestehenden oder neuen Strukturen nachhaltig verankert		
Stand der Umsetzung	Projektstatus (1–10) wie bisher	**Projekt-/Massnahmenliste**
Verankerte Projekte gegenüber nicht verankerten Projekten	Anteil	**Projekt-/Massnahmenliste**
Flächendeckende Verbreitung von Policy-Projekten	Art und Anzahl Flächendeckung ab ca. 80 %, unterscheiden, ob verankerte Projekte	**Projekt-/Massnahmenliste, Fragenkatalog**

Vernetzung		
V1 Im Grossteil der Kantone (>50 %) ist eine gute Zusammenarbeit mit den Erziehungsdepartementen etabliert, sodass der Zugang zum Setting Schule gewährleistet ist		
Beurteilung der Zusammenarbeit durch die KAP-Verantwortlichen		**Interviews**
Formelle Absprachen und Regelungen	Art und Anzahl	**Interviews**
Durch Erziehungsdepartemente bewilligte oder getragene Projekte	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste** (Setting Schule)
V2 Die Vernetzung mit weiteren Departementen (Baudepartement, Soziales, ...) zeigt Resultate		
Departementsübergreifende Projekte	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste**
Regelmässiger Austausch über die Projekte		**Interviews,** konkrete Beispiele erfragen
V3 Die Vernetzung zwischen den Kantonen ist verstärkt		
Austausch und Zusammenarbeit zwischen den Kantonen (inkl. Zusammenarbeit zwischen den Sprachregionen)	Art und Umfang	**Fragenkatalog** analog letzter Bericht
Gemeinsame Projekte		**Projekt-/Massnahmenliste**
V4 Die Vernetzung innerhalb der Kantone ist verstärkt		
Innerkantonale Netzwerke, die im Rahmen der KAP entstanden sind	Art und Anzahl	**Selbstevaluation, Interviews**
Durchgeführte Netzwerktreffen, Foren und Symposien	Art und Anzahl	**Selbstevaluation, Interviews**
Vertretung der wichtigsten Multiplikatorengruppen in KAP-Gremien (Steuergruppen, Beiräte, ...)	Art und Anzahl	**Selbstevaluation, Fragenkatalog**
Einschätzung zur Zusammenarbeit mit Gemeinden und Fachinstitutionen	Art und Umfang	**Selbstevaluation, Interviews**
Gemeinsame Projekte mit Gemeinden	Art und Anzahl	**Projekt-/Massnahmenliste**

Öffentlichkeitsarbeit/Kommunikation		
C1 Die neu definierten Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Süssgetränke/Wasser) sind von den Kantonen aufgenommen und in der Bevölkerung entsprechend verbreitet worden.		
Hauptthemen der Öffentlichkeitsarbeit/Kommunikationsschwerpunkte und Verbreitungskanäle/Mittel		**Selbstevaluation, Fragenkatalog und Statistiken Kommunikationsabteilung GFCH**
Ausrichtung der Öffentlichkeitsarbeit auf vulnerable Gruppen	evtl.	**Interviews**

A2 Detailinformationen zur Auswertung

DA 2: Zusammenarbeiten in Massnahmen und Projekten

KAP	Massnahme/Projekt	Zusammenarbeit mit (Selbstangaben Kantone)
BL	Bewegter Lebensstart	BS, SO
SO	Bewegter Lebensstart	BS, BL
GE	Bien manger à petit prix	FR, JU, NE, TI, VS, VD, BE
VD	Bien manger à petit prix	VS, FR, GE, JU, FR, TI
FR	Brochures (à venir)	VS
VS	Broschüre 4–8 Jahre	NE, JU, VD
BE	Brunch Santé	NE
AR	E&B in der Schwangerschaft = Schulung von Multiplikatoren (TG)	SG, TG
AR	Empfehlung zum Öffnen der Turnhallen	ZH
VS	Empfehlungen Schulernährung	GE, NE, JU, VD, TI, FR
AR	Ernährung und Bewegung in Spielgruppen = fit und xund (ZG)	ZH
ZG	Fit und xund	ZH
AR	Famex Tagesstrukturen	ZH
BE	Fourchette verte	JU, SO, AG, NE
JU	Fourchette verte	NE, VD, VS, FR
SO	Fourchette verte	BE
VD	Fourchette verte	VS, FR, GE, JU, TI
FR	Guide école	JU, NE, VS, VD
GE	Guide école	FR, JU, NE, TI, VS, VD, BE
JU	Guide école	NE, VD, VS, FR
VS	Guide école	NE, JU, GE, FR
AG	Klemon	SO
TG	Klemon	AG, SO
AR	Miges Balù	SG
VD	Paprica	VS, NE
JU	Pédibus	NE, VD, VS, FR
VD	Pédibus	VS, FR, GE, JU
TG	Policy Merkblatt E&B	BS

KAP	Massnahme/Projekt	Zusammenarbeit mit (Selbstangaben Kantone)
TG	Purzelbaum	UR
UR	Purzelbaum	TG, ZH
ZG	Purzelbaum	UR, LU
UR	Purzelbaum Kitas	ZG
VD	Youp'là bouge	VS, FR, GE, JU
VS	Youp'là bouge	NE, JU, VD
JU	Youp'là bouge	NE, VD, VS, FR
FR	Recommandations écoles	VD, VS, NE, JU, GE
ZG	Schnitz und Drunder	BL, TG, SG, LU
BL	Schnitz und Drunder Multiplikation	LU, BS, TG, ZG
TG	Schnitz und Drunder	LU, BL
TG	Schulung Multiplikatoren = E&B in der Schwangerschaft (AR)	SG
OW/NW	Supervision und Austauschtreffen MVB	UR
VD	Tina et Toni	VS, FR, NE, JU
FR	Tina et Toni	BE, JU, NE, VS, VD
AG	Vitalina	SO
BL	Vitalina	SO, AG, BS
SO	Vitalina	AG
UR	WB Fachpersonen Frühkindlicher Bereich	LU, OW/NW, ZG
ZG	WB Fachpersonen Frühkindlicher Bereich	LU, OW/NW, UR
LU	WB Hebammen, Still- und MVB	OW/NW, UR, ZG
LU	WB für Tageseltern in der Zentralschweiz	OW/NW, UR, ZG
OW/NW	WB für Tageseltern in der Zentralschweiz	UR, LU, ZG
UR	WB Tageseltern	LU, OW/NW, ZG
ZG	WB Tagesmütter	LU, OW/NW, UR
AG	Znüniblatt	SO, BL
BL	Znüniblatt Multiplikation	LU, AG, SO

Quelle: Von den KAP-Verantwortlichen der Kantone ausgefüllte Fragenkataloge.
Die Tabelle kann wie folgt gelesen werden. Die KAP-Verantwortlichen (1. Spalte) gaben an, welche Massnahme oder welches Projekt (2. Spalte) in Zusammenarbeit mit welchen Kantonen (3. Spalte) durchgeführt wurde. Lediglich 18 Kantone machten Angaben zu gemeinsamen Projekten mit anderen Kantonen. Teilweise wurden Projekte von einem Kanton erwähnt, welche von den anderen angeblich beteiligten Kantonen nicht genannt wurden. Dunkelgrau hinterlegte Felder sind Projekte, bei welchen ein Austausch zwischen Kantonen über VBGF-Regionen hinaus besteht.

DA 3: Abdeckung der Module und Handlungsfelder durch die ausgewählten wichtigsten Projekte zur Abschätzung der Zielgruppenerreichung

Altersgruppe (Modul)	Familien- und schulergänzende Betreuung	Freizeit	Schule/ Kindergarten	Gesundheits-wesen	Vulnerable Gruppen
Vor Geburt, Schwangerschaft, Neugeborene und Säuglinge (I)	Fourchette verte, Schnitz und Drunder, Youp'là bouge/Purzelbaum Kita, Papperla PEP (junior), Spielgruppenbox, WB Multiplikatoren	*Entfällt (Kinder zu jung)*	*Entfällt (Kinder zu jung)*	Miges Balù, WB Multiplikatoren (Paprica)	Miges Balù, Vitalina, FemmesTische
Kleinkinder, 2–3 Jahre (II)	Fourchette verte, Schnitz und Drunder, Youp'là bouge/Purzelbaum Kita, Papperla PEP (junior), Spielgruppenbox, WB Multiplikatoren	*Entfällt (Kinder zu jung)*	*Entfällt (Kinder zu jung)*	Miges Balù, WB Multiplikatoren (Paprica)	Miges Balù, Vitalina, FemmesTische
Kindergarten-kinder, 4–6 Jahre (III)	Fourchette verte, Schnitz und Drunder		Purzelbaum Kiga, Pédibus, Znüniprojekte, Papperla PEP, rundum fit	WB Multiplikatoren (Paprica)	Vitalina, FemmesTische
Primarschul-kinder, 7–11 Jahre (IV)	Fourchette verte, Schnitz und Drunder	Open Sunday	Pédibus, Znüniprojekte, BodyTalk, PEP junior, rundum fit, bewegte Schule GR	WB Multiplikatoren (Paprica)	Vitalina, FemmesTische
Kinder/Jugend-liche Sek I, 12–16 Jahre (V)	Schnitz und Drunder	Midnight Sports	BodyTalk, PEP, rundum fit, bewegte Schule GR	WB Multiplikatoren (Paprica)	Vitalina, FemmesTische

Quelle: Angaben von Gesundheitsförderung Schweiz.
Mittelgrau hinterlegt sind ein bis zwei Projekte pro Zelle, dunkelgrau hinterlegt sind mehr als zwei Projekte pro Zelle.

DA 4: Berechnung der Zielgruppenerreichung im Jahr 2011

Ausgewähltes Modulprojekt	Zielgruppenerreichung		
	Kinder	Weitergebildete Multiplikatoren	Settings**
BodyTalk	1 273	92	92
FemmesTische	1 560	18	1 040
Fourchette verte	43 141		700
Graubünden bewegt	5 200		55
Miges Balù		160	
Midnight sports/Open Sunday	13 747		70
Papperla PEP		431	
Pausenkiosk	10 400		52
Pédibus	2 120		265
Purzelbaum Kindergarten	14 400		720
Purzelbaum Kita/Youp'là bouge	1 320	132	88
Rundum fit Luzern	8 000		76
Schnitz und Drunder	245	359	38
Spielgruppenbox	3 710		371
Vitalina	4 200		2 100
Weiterbildung Multiplikatoren*		1 008	
Znünibox	23 476		1 173
Gesamt	132 792	2 200	6 840

* Hierzu zählen diverse Projekte, die sich beispielsweise an Mütter-/Väterberaterinnen, Stillberaterinnen, Hebammen, Pädiater/-innen sowie Tageseltern und Kita-Personal richten.
** Zu den Settings zählen Familien, KITA, Pausenkioske, Pédibuslinien, Schulklassen usw.
Quelle: Berechnung von Gesundheitsförderung Schweiz. Es handelt sich um einen Zusammenzug der Verbreitungszahlen aus den 20 wichtigsten beziehungsweise am stärksten verbreiteten KAP-Projekten. Die Angaben basieren auf den Rückmeldungen im Rahmen der Selbstevaluation KAP sowie Recherchen der Verantwortlichen für Modulprojekte (ausführliche Projektliste).

Autorenprofile

Sarah Fässler, lic. ès sciences sociales, DEA ès sciences politiques

Sarah Fässler studierte Sozialwissenschaften in Lausanne und absolvierte an den Universitäten Genf und Lausanne ein DEA in Politologie. Im Rahmen ihrer Tätigkeit als Forschungsassistentin an der Universität Lausanne setzte sie sich mit Gesundheitsthemen auseinander und beteiligte sich unter anderem an einer Studie über afrikanische Mikrokrankenkassen im Auftrag der Internationalen Arbeitsorganisation. Seit 2006 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Gesundheit bei Interface tätig. Sie arbeitet an Evaluationen sowie Beratungs- und Forschungsprojekten in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung mit.

Birgit Laubereau, Dr. med. und MPH

Birgit Laubereau ist Ärztin mit klinischer Erfahrung im Bereich Innere Medizin und Pädiatrie. 2001 schloss sie den postgradualen Studiengang Master of Public Health mit quantitativ-methodischem Schwerpunkt in München (D) ab. Sie war dann mehrere Jahre mit Design und Koordination verschiedener klinisch-epidemiologischer Studien und der statistischen Analyse der Daten befasst. Von 2004 bis 2008 konzipierte und analysierte sie verschiedene bevölkerungsweite Erhebungen zur Schaffung datenbasierter Grundlagen für Entscheide des bayerischen Gesundheitsministeriums. Seit 2009 ist sie bei Interface tätig.

Claudine Morier, MA Public Management and Policy

Claudine Morier studierte Politikwissenschaften (BA) an der Universität Lausanne sowie Public Management und Politik (MA) mit Schwerpunkt Management und Evaluation an den Universitäten Bern und Lausanne sowie am Hochschulinstitut für öffentliche Verwaltung (IDHEAP). Nach ihrem Abschluss im Sommer 2011 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Büro Vatter in Bern tätig. Seit März 2012 ist sie als wissenschaftliche Praktikantin bei Interface tätig.

Nora Wight, lic. phil. I

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

Andreas Balthasar, Prof. Dr. rer. pol.

Andreas Balthasar studierte an der Universität Bern Volkswirtschaft und Wirtschaftsgeschichte. Danach war er als Assistent am Forschungszentrum für schweizerische Politik an der Universität Bern tätig. 1985 promovierte Andreas Balthasar bei Professor E. Gruner, Professur für Sozialgeschichte und Soziologie der schweizerischen Politik. Er hat sich im Frühjahr 2007 an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern habilitiert, 2010 folgte die Ernennung zum Titularprofessor für Politikwissenschaft an der Universität Luzern. 1991 gründete Andreas Balthasar Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern. Er hat seither gegen hundert Evaluationen durchgeführt. Er leitet das Unternehmen und ist hauptsächlich als Evaluationsberater in verschiedenen Bundesämtern tätig. Weiter bilden die Forschung in der Sozial- und Gesundheitspolitik und die Projektleitung verschiedenster Evaluationen Schwerpunkte seiner Tätigkeit. Andreas Balthasar nahm zwischen 1987 und 2005 einen Lehrauftrag am Institut für Politikwissenschaft der Universität Bern wahr. Zudem leitete er verschiedene Weiterbildungskurse zum Thema Evaluation. Seit 2007 ist er Dozent am politikwissenschaftlichen Institut der Universität Luzern.

Weitere Informationen

Interface
Politikstudien Forschung Beratung
Seidenhofstrasse 12
CH-6003 Luzern
Tel. +41 41 226 04 26
www.interface-politikstudien.ch

Projektreferenz
Luzern, 15. Oktober 2012
Projektnummer: P11-33

02.0001.DE 12.2012

Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6
Tel. +41 31 350 04 04, Fax +41 31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 21 345 15 15, fax +41 21 345 15 45
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch