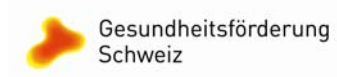


I N T E R F A C E

EVALUATION KANTONALE AKTIONSPROGRAMME
GESUNDES KÖRPERGEWICHT

ZWISCHENSYNTHESE 2010 DER UMSETZUNG
UND DER WIRKUNGEN

Im Auftrag und mit Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz



Luzern, den 22. September 2010

Cornelia Furrer (Projektleitung und -bearbeitung)
furrer@interface-politikstudien.ch

Sarah Fässler (Projektbearbeitung)
Birgit Laubereau (Projektbearbeitung)
Nora Wight (Projektbearbeitung)
Prof. Dr. Andreas Balthasar (Beratung und Qualitätssicherung)

In Zusammenarbeit mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG)
Lukas Kauer (bis 31.12.2009)
Mark Pletscher (ab 1.1.2010)
plet@zhaw.ch

INHALTSVERZEICHNIS

DARSTELLUNGSVERZEICHNIS	3
MANAGEMENT SUMMARY	4
ZUSAMMENFASSUNG: GESAMTBEURTEILUNG UND EMPFEHLUNGEN	7
I EINLEITUNG	16
1.1 Aufbau des Berichts	16
1.2 Dank	16
1.3 Die Evaluationsphase 2008/2009	16
1.4 Die kantonalen Aktionsprogramme – ein kurzes Portrait	19
2 DIE UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ	23
2.1 Die finanzielle Unterstützung der KAP	24
2.2 Die Betreuung der Kantone	24
3 UMSETZUNG DER KANTONALEN AKTIONS-PROGRAMME 2008/2009	26
3.1 Kontext	26
3.2 Ebene Module	30
3.3 Ebene Policy	39
3.4 Ebene Öffentlichkeitsarbeit	41
3.5 Ebene Vernetzung	43
3.6 Investitionen	47
3.7 Zusammenfassendes Fazit zur Umsetzung	52
4 ERSTE HINWEISE AUF WIRKUNGEN	56
4.1 Zielgruppenerreichung	56
4.2 Wirkungen bei den Zielgruppen	58
4.3 Fazit zu den Wirkungen	61
5 EIN BLICK AUF DIE KONZEPTE DER 3. STAFFEL	62
ANHANG	64
A1 Liste der multiplizierten und/oder zur Multiplikation empfohlenen Modulprojekte	64
A2 Definitionen Verhältnis- und Verhaltensprävention	65
A3 Liste der Projekte mit Schwerpunkt Verhältnisprävention	66
A4 Berechnung der Zielgruppenerreichung	68
IMPRESSUM	70

DARSTELLUNGSVERZEICHNIS

D 1.1:	Übersicht KAP-Kantone	22
D 1.2:	Die vier Staffeln der KAP-Kantone	22
D 2.1:	Nutzen der Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz	23
D 3.1:	Stellenwert der KAP im Kanton	27
D 3.2:	Beurteilung der Kontextmerkmale der Kantone der ersten und zweiten Staffel	29
D 3.3:	Anzahl Projekte pro Modul	30
D 3.4:	Kategorisierung der Modulprojekte nach inhaltlichen Kriterien	32
D 3.5:	Modulprojekttypen nach Verhaltens- oder Verhältnisprävention	33
D 3.6:	Verteilung nach Projekttypen nach Existenz vor dem KAP	34
D 3.7:	Stand der Umsetzung, Vergleich 2007/2008 und 2008/2009 und nach Staffel	35
D 3.8:	Anzahl Projekte mit Chancengleichheitsaspekt pro KAP	37
D 3.9:	Einteilung der Policy-Projekte	40
D 3.10:	Intensität der Kontakte zwischen den KAP-Kantonen	44
D 3.11:	Verteilung der Ressourcen auf die verschiedenen Ebenen 2008/2009	48
D 3.12:	Verteilung der Gesamtkosten auf die 4 KAP-Ebenen und das Programmmanagement 2008/2009	49
D 3.13:	Anteil Entwicklung und Anteil Umsetzung an den Kosten der Modulprojekte 2008/2009	50
D 3.14:	Aufwand der KAP für die Evaluation in Prozent der Gesamtkosten	51
D 4.1:	Zielgruppenerreichung in den Modulprojekten	56
D 4.2:	Beispiele zur Zielgruppenerreichung	57
D 4.3:	Positive Veränderungen von Einflussfaktoren, die auf die Gesundheitsdeterminanten wirken	58
D 4.4:	Überblick über die Wirkungsentfaltung in den KAP	60
D 5.1:	Die häufigsten multiplizierten Projekte in der dritten Staffel	63

MANAGEMENT SUMMARY

Die von Gesundheitsförderung Schweiz initiierten und unterstützten kantonalen Aktionsprogramme für ein gesundes Körpergewicht werden durch Interface Politikstudien und das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie evaluativ begleitet. Die Zwischensynthese 2010 zeigt den Stand der Umsetzung von 16 kantonalen Aktionsprogrammen in 17 Kantonen zum Zeitpunkt Herbst 2009 und gibt erste Hinweise auf Wirkungen. Die Evaluation basiert in erster Linie auf Datenerfassungen und Beurteilungen durch die Programmleitenden selber sowie auf Interviews und Validierungen mit diesen.

Die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) sind in der Schweiz beinahe flächendeckend eingeführt. In der Schweiz engagieren sich mittlerweile 22 Kantone in 21 KAP (Sommer 2010), damit können potenziell über 96 Prozent der Schweizer Bevölkerung mit den kantonalen Aktionsprogrammen erreicht werden. Der Stellenwert der KAP ist in den Kantonen sehr hoch und deckt in den meisten Kantonen den Grossteil der Aktivitäten zum Thema gesundes Körpergewicht für Kinder und Jugendliche ab.

Die 17 Kantone (CHF 4,8 Mio.) und Gesundheitsförderung Schweiz (CHF 2,7 Mio.) haben im Erhebungsjahr 2008/2009 insgesamt 7,5 Millionen Franken in die KAP investiert. Über die Hälfte davon wurde in Interventionsprojekte in verschiedenen Settings investiert, gefolgt von Öffentlichkeitsarbeit, Policy-Massnahmen und Vernetzungsaktivitäten. Die kantonalen Aktionsprogramme profitieren nach wie vor von einem positiven politischen Umfeld. In einigen Kantonen wird die Umsetzung aber durch begrenzte personelle Ressourcen erschwert.

Die einzelnen kantonalen Aktionsprogramme unterscheiden sich stark. Mit den durch Gesundheitsförderung Schweiz gesetzten Rahmenbedingungen, ihrer Koordination und der Förderung der Multiplikation bewährter Projekte konnte trotz der Heterogenität eine Standardisierung erreicht werden, welche verhindert, dass das nationale Programm in kantonale Einzelteile zerfällt.

Die Umsetzung der Interventionsprojekte kommt insgesamt gut voran. Trotz vieler neuer KAP im zweiten Erhebungsjahr befinden sich mehr Projekte als im Vorjahr im laufenden oder fortgeschrittenen Stadium. 40 Prozent der Projekte werden gar als verankert eingestuft. 33 Prozent der Modulprojekte existierten bereits vor den KAP und konnten übernommen werden, der Anteil der multiplizierten Projekte liegt bei 57 Prozent, und nur gerade 32 Prozent der Projekte wurden von den Kantonen im Rahmen der KAP neu entwickelt. Dies zeigt, dass das Steuerungsziel von Gesundheitsförderung Schweiz, auf Bestehendem aufzubauen, erreicht wurde.

Eine Mehrheit der Projekte (56%) hat prioritär einen Fokus auf dem Verhältnisansatz, welchem ein grösseres Wirkungspotenzial zugeschrieben wird als dem reinen Verhaltensansatz. Chancengleichheit, insbesondere in Bezug auf die Migrationsbevölkerung, wird in knapp 20 Prozent der Modulprojekte explizit berücksichtigt und hat gegenüber dem Vorjahr ein grösseres Gewicht erlangt. In Anbetracht des Wissens,

dass sozial benachteiligte Gruppen ein grösseres Risiko für Übergewicht aufweisen, ist dieser Aspekt allerdings nach wie vor nicht genügend berücksichtigt.

Die Interventionsprojekte verfolgen mehrheitlich einen Multiplikatorenansatz, um mit ihren Botschaften Kinder und Jugendliche zu erreichen. Eine besondere Stärke ist dabei die gute Erreichung der Multiplikator/innen im Kleinkinder- und Vorschulbereich, obwohl dies durch dezentrale Strukturen erschwert wird. Trotz der generell grossen Offenheit der kantonalen Bildungsdepartemente stossen die KAP im Zugang zu den Schulen an Grenzen: Während die Initiierung von Projekten in der Regel stark von der Initiative überdurchschnittlich engagierter Lehrpersonen profitieren kann, zeigen sich bei der breiteren Umsetzung insbesondere von komplexen Projekten zum Teil Widerstände bei der Lehrerschaft. Diese ist durch Schulreformen und andere Projekte belastet und kann das zusätzliche Engagement nur beschränkt erbringen.

Die Implementierung und die Multiplikation von Projekten wird durch starke Partnerorganisationen begünstigt, welche über eigene Strukturen, Erfahrungen und Kompetenzen verfügen und diese den KAP zur Verfügung stellen können.

Auf der Policyebene ist gegenüber dem Vorjahr mehr Aktivität zu verzeichnen. Zusätzlich können in knapp einem Drittel aller Interventionsprojekte Policyaspekte ausgemacht werden. Insgesamt ist der Policygedanke allerdings nach wie vor zu wenig präsent in den KAP, was vor allem im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der KAP sowie wegen des grossen Wirkungspotenzials bei vergleichsweise häufig geringen Kosten zu bedauern ist.

In der Öffentlichkeitsarbeit wurde – wie im letzten Synthesebericht empfohlen – in den meisten Fällen der Fokus auf das Sichtbarmachen der eigenen Aktivitäten gelegt. Die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema gesundes Körpergewicht wurde als Aufgabe von Gesundheitsförderung Schweiz definiert. Nach wie vor entwickeln und produzieren aber einige Kantone Broschüren oder ganze Kampagnen in Eigenregie und nutzen bereits vorhandenes Material noch zu wenig.

Viele KAP konnten sich mit verschiedenen kantonalen Departementen und Fachleuten vernetzen und diese in Steuer- oder Begleitgruppen einbinden und damit für eine breite Abstützung der KAP innerhalb des Kantons sorgen. Die Vernetzung zwischen und innerhalb der KAP findet daneben hauptsächlich über konkrete Projekte statt. Auf regionaler Ebene bildet in der Westschweiz die Commission prévention et promotion de la santé (CPPS) ein zentrales Gremium für die Vernetzung, was dazu beiträgt, dass die interkantonale Vernetzung in den lateinischen Kantonen grösser ist als zwischen Deutschschweizer Kantonen. Generell bildet Gesundheitsförderung Schweiz die eigentliche Drehscheibe für die KAP, welche die verschiedenen Kantone gezielt miteinander in Kontakt bringt und für die Verbreitung von Informationen aus den Kantonen sorgt.

Der Fortschritt der kantonalen Aktionsprogramme ist erfreulich. Damit diese aber ihr Wirkungspotenzial entfalten können, braucht es weitere Jahre gezielten Engagements. Im Sinne eines möglichst effektiven und effizienten Ressourceneinsatzes gilt es dabei vor allem auf Aktivitäten zu fokussieren, welche gesundheitsfördernde Bedingungen im

Umfeld von Kindern und Jugendlichen schaffen und nachhaltig verankert werden können. Wirkungs- und Verbreitungspotenziale sowie die Nachhaltigkeit von Projekten sind kritisch zu prüfen, um entsprechende Schwerpunktsetzungen vornehmen zu können. Policy-Aspekte sind sowohl in einzelnen Projekten als auch über die Projekte hinaus zu stärken, wobei hier konzeptioneller Entwicklungsbedarf besteht. Besondere Herausforderungen sind die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen sowie die flächendeckende Verbreitung von Massnahmen vor allem im Schulbereich. Hier gilt es, erfolgversprechende Ansätze zu identifizieren und deren Verbreitung zu fördern.

ZUSAMMENFASSUNG: GESAMTBEURTEILUNG UND EMPFEHLUNGEN

Das Thema gesundes Körpergewicht steht seit 2007 im Fokus der langfristigen, bis 2018 reichenden Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz. Ziel ist es, den Anteil der Bevölkerung mit einem gesunden Körpergewicht zu erhöhen. Mittelfristig stehen hierbei von 2007 bis 2010 in erster Linie Kinder und Jugendliche im Fokus, um bei ihnen den Trend zur Gewichtszunahme zu bremsen. Es wurde hierfür eine umfassende Strategie entwickelt, welche auf Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Kindern und deren direktem Umfeld (Eltern, Lehrer usw.) ausgerichtet ist.¹ Zu diesem Zweck werden Öffentlichkeitskampagnen realisiert, Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt, Projekte gefördert sowie Netzwerke und Veranstaltungen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewicht unterstützt. In erster Linie sollen aber möglichst bestehende Strukturen genutzt werden. So sind denn auch die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) das Kernelement der Strategie „Gesundes Körpergewicht“.

Ziel des vorliegenden Berichts ist es, den Fortschritt der KAP nach dem zweiten Jahr der Umsetzung sichtbar zu machen und Hinweise auf Wirkungen der KAP zu geben. Grundlage waren die Selbstevaluationen und die Kostenerfassungen der Programmleitenden auf kantonaler Ebene. Diese je zwei Dokumente pro Kanton, ergänzt durch die KAP-Konzepte und qualitative Gespräche, wurden extern durch das Institut Interface in Luzern und das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) ausgewertet und synthetisiert. Die vorliegende Zwischensynthese richtet sich primär an die Verantwortlichen von Gesundheitsförderung Schweiz und an die kantonalen Partner, welche für die Programme verantwortlich zeichnen.

Zweck der Evaluation ist es, einen Überblick über die Entwicklung und den Stand der kantonalen Aktionsprogramme in der Erhebungsphase 2008/2009 (1. Oktober 2008 bis 30. September 2009) zu erhalten. Sie dient einerseits der Rechenschaftslegung, andererseits soll sie Hinweise zur Weiterentwicklung der kantonalen Aktionsprogramme und der entsprechenden Gesamtstrategie liefern. Nachfolgend werden einige Aspekte der KAP kurz vorgestellt, soweit dies für das Verständnis des vorliegenden Evaluationsberichts nötig ist.

Die KAP sind in der Schweiz beinahe flächendeckend eingeführt. In der Schweiz engagieren sich mittlerweile 22 Kantone in 21 KAP. Damit können potenziell über 96 Prozent der Schweizer Bevölkerung mit den KAP erreicht werden. Die folgende Tabelle illustriert die Zunahme der Abdeckung.

¹ Gesundheitsförderung Schweiz, Gesundheitsdepartment des Kantons St. Gallen, ZEPRA (2006): Gesundes Körpergewicht: Grundlagen für ein Kantonales Aktionsprogramm, KIG, St. Gallen, S. 4.

REICHWEITE DER KAP

Staffel	Anzahl KAP	Anzahl Kantone	Bevölkerungsanteil*	Start
1	7	7	25,6%	2007
2	9	10	33,6%	2008
3	3	3	33,2%	2009
4	2	2	4,0%	2010
Total	21	22	96,4%	

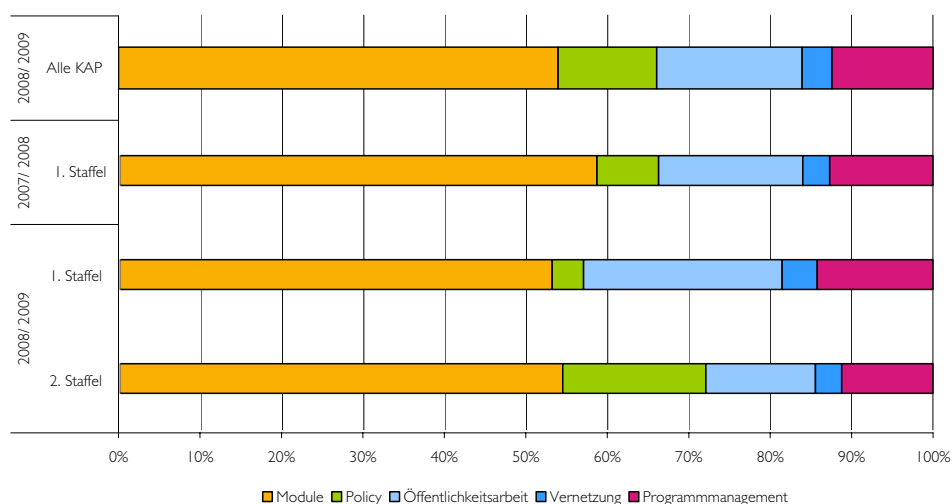
*: Quelle: BFS, Zahlen für 2008.

Die ersten zwei Staffeln (16 KAP) waren Gegenstand der vorliegenden Umsetzungsevaluation. Dabei zeigte sich, dass der Stellenwert der KAP in den Kantonen mehrheitlich sehr gross ist. So decken die KAP in elf Kantonen 70 Prozent und mehr aller Aktivitäten zum Thema gesundes Körpergewicht für Kinder und Jugendliche ab.

Zunehmende Investitionen in die KAP

Die Kantone (CHF 4,8 Mio.) und Gesundheitsförderung Schweiz (CHF 2,7 Mio.) haben in der Erhebungsperiode 2008/2009 beträchtliche Summen in die KAP investiert. Dabei ist zu beachten, dass die Summe von Gesundheitsförderung Schweiz nur die im Rahmen der KAP-Verträge direkt an die Kantone ausbezahlten Beträge umfasst. Beispielsweise sind darin die Kosten für die nationale Öffentlichkeitskampagne nicht enthalten.

VERTEILUNG DER GESAMTKOSTEN* ÜBER DIE 4 KAP-EBENEN UND DAS PROGRAMM-MANAGEMENT



*: Ohne Kosten Gesundheitsförderung Schweiz intern.

Quelle: Daten von Gesundheitsförderung Schweiz, ausgewertet durch das WIG.

Die Verteilung der Ressourcen zeigt einen klaren Schwerpunkt auf der Modulebene. Es fällt auf, dass die Kantone der zweiten Staffel deutlich mehr finanzielle Ressourcen in die Policyebene investierten als die Kantone der ersten Staffel, welche ihrerseits mehr Ausgaben für die Öffentlichkeitsarbeit tätigten. Bei diesen Angaben ist zu bedenken,

dass die Verteilung der Kosten nicht unbedingt den Umfang der Aktivitäten widerspiegelt. Betrachtet man die Kosten für die Modulebene näher, zeigt sich, dass der Anteil an Projektentwicklungskosten von 29 Prozent in der Vorjahresperiode auf 26 Prozent gesunken ist. Hingegen stieg der Aufwand für die Evaluation, verglichen mit dem letzten Jahr, um mehr als das Doppelte auf über 6 Prozent der Gesamtkosten. Dies ist auf deutlich über dem Durchschnitt liegende Evaluationskosten in einigen wenigen Kantonen zurückzuführen. Daraus kann eine Tendenz für ein erhöhtes Bewusstsein für ein datengestütztes Handeln in den KAP abgelesen werden. In der Gesamtkonzeption der KAP wird empfohlen, 10 Prozent der Investitionen für die Beteiligung am Wirkungsmanagement (Monitoring und Evaluation) einzusetzen. Dieser Wert entspricht der gängigen Regel, wie sie beispielsweise auch beim Bundesamt für Gesundheit angewendet wird.

Gesundheitsförderung Schweiz als Garant für eine gewisse Standardisierung der KAP

Die KAP-Strategie wird in den einzelnen Kantonen an die jeweiligen Voraussetzungen angepasst und daher sehr vielgestaltig umgesetzt. Damit die KAP-Strategie dennoch ein nationales Programm bleibt und nicht in kantonale Einzelteile zerfällt, ist ein starker Akteur auf nationaler Ebene unabdingbar. Es ist die Aufgabe von Gesundheitsförderung Schweiz für ein Minimum an Standardisierung zu sorgen. Gleichzeitig ist sie für einen effizienten und vor allem effektiven Mitteleinsatz, das heisst für die Qualitätssicherung, verantwortlich. Sie tut dies, indem sie die finanzielle Unterstützung an gewisse Bedingungen knüpft und für die Evaluation der KAP-Strategie sorgt. Vor allem aber betreut und begleitet sie mit grossem Aufwand die Kantone sowohl in der Konzept- wie in der Umsetzungsphase. Die Steuerung durch Gesundheitsförderung Schweiz gelingt, wie sich vor allem auf der Modulebene zeigt, wo auf Bestehendem aufgebaut wird und der Anteil multiplizierter Projekte gestiegen ist (vgl. nächsten Abschnitt). Für die Unterstützung der KAP *innerhalb* der Kantone ist es zudem zentral, dass mit Gesundheitsförderung Schweiz ein grosser nationaler Akteur hinter der KAP-Strategie steht.

Gutes Umfeld, aber begrenzte personelle Ressourcen

Die meisten KAP können nach wie vor von der positiven Einstellung der Verwaltung und des zuständigen Regierungsrats gegenüber der KAP profitieren. Dennoch wird in einigen Kantonen eine zügige Umsetzung wegen knapper personeller Ressourcen verhindert. Teils wird das KAP als „mit Projekten überfrachtet“ bewertet. Entsprechend werden Projekte vernachlässigt oder es wird etappenweise vorgegangen, indem beispielsweise Aktivitäten – obwohl gestartet – wieder zurückgestellt werden. Dies hängt unter anderem mit den Finanzierungsbedingungen von Gesundheitsförderung Schweiz zusammen. Der finanzielle Beitrag steigt mit den vollständigen Modulen, welche die KAP-Konzepte der Kantone aufweisen. Einige Kantone haben daher möglicherweise umfangreichere Konzepte entwickelt, als dass sie mit den vorhandenen personellen Ressourcen bewältigen können.

Empfehlung 1

Die KAP-Leitungen sollen in Absprache mit Gesundheitsförderung Schweiz die realistisch zu erreichenden Ziele der Projekte und des Programms inklusive der Terminierung nochmals überdenken und darlegen. Ziel muss sein, eine Übersicht zu erhalten, welche Projekte im Sinne einer Policy verankert und flächendeckend eingeführt werden sollen oder bei welchen Projekten man sich mit untergeordneten Zielen zufrieden gibt. Überlastete Programmleitungen können gleichzeitig eine sinnvolle Etappierung der verschiedenen Projekte vorschlagen. In der Folge muss das Wirkungspotenzial der KAP allenfalls nach unten revidiert werden. Im Gegenzug wird dessen Erreichen aber realistischer.

Eine vielfältige Modulebene, die auf Bestehendem aufbaut

In der Erhebungsperiode 2008/2009 wurden insgesamt 108 *verschiedene* Modulprojekte umgesetzt. Da zahlreiche Projekte in mehreren KAP realisiert werden, entspricht diese Zahl 177 Modulprojekten in 16 KAP. Folgende Darstellung gibt einen Überblick über die Modulprojekte.

ZAHLEN ZU DEN MODULPROJEKTEN

	Anzahl	Davon neu mit dem KAP	Davon vor dem KAP bestehend
Total aller Modulprojekte der 16 KAP	177 (100%)	119 (67%)	58 (33%)
<i>Davon multipliziert</i>	101 (57%)	63 (36%)	38 (21%)
<i>Davon in den KAP selber entwickelte</i>	76 (43%)	56 (32%)	20 (11%)

Die Zahl der Modulprojekte, die bereits vor den KAP existierten und ins KAP übernommen werden konnten, beläuft sich auf 58, was einem Anteil von 33 Prozent aller Modulprojekte entspricht. Der Anteil multiplizierter Projekte liegt gar bei 57 Prozent (07/08: <40%). Zudem wird eine beachtliche Zahl der Projekte auf verschiedenen Modulebenen umgesetzt, sodass total 333 Projektumsetzungen gezählt werden können. Die aufgeführten Zahlen belegen, dass das Steuerungsziel von Gesundheitsförderung Schweiz, auf Bestehendem aufzubauen, erreicht wurde. Nur gerade 32 Prozent der Projekte wurden von den Kantonen im Rahmen der KAP neu entwickelt.

Eine Mehrheit der Projekte (56%) hat prioritär einen Fokus auf den Verhältnisansatz, welchem ein grösseres Wirkungspotenzial zugeschrieben wird als dem Verhaltensansatz. Die Chancengleichheit, insbesondere der Migrationsaspekt, wird in knapp 20 Prozent der Modulprojekte speziell berücksichtigt. Damit hat die Chancengleichheit gegenüber der letzten Erhebungsperiode ein grösseres Gewicht erlangt, obwohl Gesundheitsförderung Schweiz dies nicht speziell gefördert hat. In Anbetracht des Wissens, dass sozial benachteiligte Gruppen ein grösseres Risiko für Übergewicht aufweisen, ist dieser Aspekt aber nach wie vor nicht genügend berücksichtigt. Ein wichtiger Grund dürfte der meist schwierige, für einige ungewohnte und vor allem aufwändige Zugang zu diesen Gruppen sein – und dies in einem Kontext, wo die Programmleitenden häufig überlastet sind.

Bei der Umsetzung der Modulprojekte sind Fortschritte zu verzeichnen. Es befinden sich, verglichen mit dem letzten Jahr, mehr Modulprojekte in einem laufenden oder sogar in einem fortgeschrittenen Stadium – und dies obwohl neun neue KAP hinzugekommen sind. 15 Prozent aller Modulprojekte sind gemäss den Programmleitenden gar abgeschlossen. Bei der grossen Mehrheit dieser Projekte wurde angegeben, dass die Ziele erreicht wurden; und immerhin 40 Prozent werden als verankert bezeichnet. Die Zielerreichung ist jedoch unterschiedlich gut belegt und die Ziele selber wurden von Seiten der Evaluation nicht auf ihr Wirkungspotenzial hin untersucht. Der Fortschritt und der Anteil abgeschlossener Projekte sind somit schwierig zu beurteilen. Die KAP-Beteiligten gehen nämlich dahin einig, dass es noch einige Jahre dauern wird, bis nachhaltige Wirkungen bei der primären Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen erwartet werden können.

Es gibt verschiedene Faktoren, welche die Umsetzung der KAP begünstigen. So sind ins KAP überführte Modulprojekte im Durchschnitt weiter fortgeschritten als neu lancierte Projekte. Weiter zeigt sich, dass eher der Kontext als bestimmte Projektkonzeptionen die Umsetzung fördern dürfte. Zu diesem Kontext gehört nebst anderen Faktoren der Stellenwert des KAP im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention des Kantons. Weiter dürften aber auch das Engagement und die Kompetenz der Programmleitung eine wichtige Rolle spielen. Zur Kompetenz sind nebst der persönlichen Erfahrung und dem Fachwissen auch die Gestaltungsmöglichkeiten der Programmleitung aufgrund ihrer Position innerhalb der Verwaltung zu zählen. Hinsichtlich der Projektkonzeption scheint sich vor allem ein Aspekt positiv auf die Implementierung auszuwirken: Wenn ein Projekt zusammen mit einer starken Partnerorganisation umgesetzt wird, die über eigene Strukturen, Erfahrung und Kompetenzen verfügt. Beispiele sind etwa Fourchette verte, Midnight Projekte oder Pédibus.

Empfehlung 2:

Es gilt, künftig noch genauer zu untersuchen, inwiefern weit fortgeschrittene oder abgeschlossene Modulprojekte Verbreitung, Wirkung und Nachhaltigkeit bedeuten. Diesem Anliegen sind dadurch Grenzen gesetzt, dass – wie im Synthesebericht 2009 näher ausgeführt – manche Projekte nicht über klar definierte Ziele verfügen. In der Folge sollten die Programmleitungen und Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam weit fortgeschrittene Projekte diskutieren, um die Möglichkeiten und das Potenzial der Projekte abzuschätzen und zu definieren, welches Ziel angestrebt werden soll.

Die Policyebene verzeichnet mehr Aktivitäten, deren Umsetzung könnte künftig jedoch an Grenzen stossen

Auf der *Policyebene* ist klar mehr Aktivität zu verzeichnen. Zusätzlich können in knapp einem Drittel aller *Modulprojekte* Policyaspekte ausgemacht werden. Allerdings beschränken sich diese in über der Hälfte dieser Modulprojekte auf eine Zieldefinition oder Ähnliches, ohne dass bisher konkrete Umsetzungsschritte zu verzeichnen wären. Insgesamt ist der Policygedanke nach wie vor zu wenig präsent in den KAP. Dies ist vor allem im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der KAP sowie wegen des grossen Wirkungspotenzials bei vergleichsweise häufig geringen Kosten zu bedauern. Dass Aktivitäten mit einem Policyhintergrund nicht populärer sind, dafür dürften zwei Aspekte wichtig sein: Erstens erfordert die Bearbeitung häufig eine spezifische, ungewohnte

Vorgehensweise, Fortschritte sind weniger sichtbar und die Zielerreichung ist stark von anderen Akteuren abhängig und damit sehr unsicher. Zweitens gilt es, die Stellung der Programmleitungen und die damit einhergehenden Kompetenzen innerhalb der kantonalen Strukturen genauer zu analysieren, um deren Befugnisse, Policy-Aktivitäten voranzutreiben, besser abschätzen zu können. In vielen Kantonen dürften die Programmleitungen nur beschränkt über entsprechende Möglichkeiten verfügen.

Empfehlung 3:

Im Bereich Policy zeigt sich, dass Gesundheitsförderung Schweiz zusammen mit den Kantonen die Befugnisse der Programmleitungen analysieren muss: Welche Möglichkeiten haben diese, um Policyziele (auch im Rahmen von Modulprojekten) zu erreichen? Wo müssen Vorgesetzte und weitere Stellen überzeugt werden, aktiv zu werden? Auf der Basis dieser Abklärungen muss Gesundheitsförderung Schweiz klarere Vorgaben formulieren, was sie von den Kantonen im Bereich der Policy erwartet, gerade auch bezüglich des Policyaspekts der Modulprojekte (vgl. Empfehlung 2). Um bei der Umsetzung des Policygedankens weitere Hilfestellung zu bieten, ist zudem zu prüfen, ob Gesundheitsförderung Schweiz den vorhandenen Policykatalog in Richtung von konkreteren Handlungsanleitungen verfeinern oder Weiterbildungen für die Programmleitungen, zum Beispiel im Rahmen einer Netzwerktagung, anbieten kann.

Vielfältige Öffentlichkeitsarbeit mit klarem Fokus

In dieser Erhebungsperiode wurde mit rund 20 Prozent der Gesamtausgaben etwa gleich viel in die Öffentlichkeitsarbeit investiert wie in der letzten Erhebungsperiode. Die Aktivitäten waren wiederum äusserst vielfältig: Internetauftritte, Präsenz an Veranstaltungen, Vorträge, Medienmitteilungen, aber auch Plakate, Broschüren und Auftritte in Radio und Fernsehen gehörten dazu. Wie im letzten Synthesebericht empfohlen, wurde dabei in den meisten Fällen der Fokus auf das Sichtbarmachen der eigenen Aktivitäten gelegt. Die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema gesundes Körpergewicht wurde als Aufgabe von Gesundheitsförderung Schweiz definiert. Nach wie vor entwickeln und produzieren aber einige Kantone Broschüren oder ganze Kampagnen in Eigenregie und nutzen bereits vorhandenes Material noch zu wenig. Hier versucht Gesundheitsförderung Schweiz, Gegensteuer zu geben und die Kantone zu motivieren, vermehrt Synergien zu nutzen.

Beeindruckende Vernetzung der lateinischen Kantone

Die Vernetzung innerhalb des Kantons wie auch zwischen den verschiedenen KAP dürfte insgesamt zugenommen haben (verlässliche Vergleichsmöglichkeiten fehlen). Sie findet nach wie vor hauptsächlich über konkrete Projekte statt, wie dies insbesondere bei der Vernetzung mit den Gemeinden der Fall ist. Dieser Zugang wird in wenigen Kantonen erleichtert durch bestehende Netzwerke. Er kann jedoch schwierig sein, wenn jede Gemeinde einzeln angesprochen werden muss. Viele KAP konnten sich mit verschiedenen kantonalen Departementen und Fachleuten vernetzen und diese in Steuer- oder Begleitgruppen einbinden, welche für eine breite Abstützung der KAP innerhalb des Kantons sorgen.

Auf regionaler Ebene bildet in der Westschweiz die Commission prévention et promotion de la santé (CPPS), in welchem auch die KAP-Leitungen der lateinischen Schweiz

Einsitz haben, ein zentrales Gremium. Dies dürfte einer der Gründe sein, warum die Vernetzung zwischen den lateinischen Kantonen ungleich grösser ist als zwischen Deutschschweizer Kantonen, obwohl auch hier – wie etwa in der Zentralschweiz – in einzelnen Regionen verstärkte Kontakte auszumachen sind. In der Westschweiz haben beispielsweise drei Kantone gemeinsam zwei Modulprojekte lanciert. In der Deutschschweiz setzen erfreulicherweise zwei kleine Kantone zusammen ein KAP um. Es zeigt sich aber, dass ein gemeinsam durchgeführtes KAP aufwändiger ist als erwartet und die erhofften Synergien bisher noch nicht eingetroffen sind.

Auf nationaler Ebene haben die Netzwerktagungen von Gesundheitsförderung Schweiz die grösste Bedeutung. Generell bildet Gesundheitsförderung Schweiz die eigentliche Drehscheibe für die KAP, welche die verschiedenen Kantone gezielt miteinander in Kontakt bringt und für die Verbreitung von Informationen aus den Kantonen sorgt. Es ist denn auch eines der erklärten Ziele von Gesundheitsförderung Schweiz, durch die KAP die interkantonale Vernetzung zu fördern.

Trotz deutlicher Fortschritte noch wenige Aussagen zur Zielgruppen-
erreichung möglich

Die Berechnung zur Zielgruppenerreichung ist erst bei einer Minderheit der Zielgruppen möglich und muss sich aktuell noch auf die Ebene der einzelnen KAP beschränken. In der Folge kann diese nur ansatzweise beurteilt werden. Eine besonders hohe Zielgruppenerreichung haben Projekte mit Policycharakter, wenn sie erfolgreich kantonal flächendeckend umgesetzt werden können. Weiter wurden Multiplikator/innen im Kleinkinder- und Vorschulbereich besonders gut erreicht. Folgende Zahlen sollen die Zielgruppenerreichung illustrieren: In zwei KAP profitierten insgesamt 66 Prozent der familienextern Kinderbetreuenden (total 322) und in zwei weiteren KAP 50 Prozent der Mütter-/Väterberaterinnen (total 25) vom Programm. In einem KAP wurden 10 Mukiturnlehrerinnen erreicht, was einem Anteil von 40 Prozent entspricht.

Offen für KAP-Projekte zeigen sich vor allem die Mütter-/Väterberaterinnen. Sie wurden bisher noch wenig durch Projekte der Gesundheitsförderung anvisiert, stellen nun aber in einigen KAP eine zentrale Zielgruppe dar und erfahren dadurch eine Wertschätzung. Erschwerend und entsprechend aufwändig für die Umsetzung erweisen sich bei dieser Zielgruppe jedoch die vorhandenen Strukturen. Diese sind oft nicht zentralisiert, sondern es sind einzelne Gemeinden oder verschiedene Vereine zuständig. Anders verläuft die Zielgruppenerreichung im Schulbereich. Hier verstärkte sich in der Erhebungsperiode 2008/2009 der Eindruck, dass die Schulen in der Tendenz schwierig zu erreichen sind oder die Projekte nicht den gewünschten Fortschritt erzielen. Es zeigte sich, dass die kantonalen Bildungsdepartemente häufig offen sind für das Thema gesundes Körpergewicht. Die Widerstände entstehen vielmehr bei der Lehrerschaft, welche durch Schulreformen und andere Projekte absorbiert sind. Insbesondere sind sie skeptisch gegenüber Projekten, welche ein starkes zusätzliches Engagement verlangen, wie dies zum Beispiel in komplexeren und partizipativen Projekten der Fall ist.

Einige KAP-Projekte wollen Eltern aus sozial benachteiligten Gruppen erreichen. Vor allem, wenn es sich um Projekte handelt, die über die Informationsvermittlung hinausgehen, hat sich dies bisher als schwierig erwiesen. Es scheint, dass je individueller und eingreifender der Ansatz gewählt wird (wie z.B. beim Projekt „Klemon“), es desto

schwieriger ist, Eltern zur Teilnahme zu bewegen. Hier scheinen es Projekte wie „Miges Balù“, welche niederschwelliger beratend wirken, einfacher zu haben.

Weitere Wirkungen nebst der Zielgruppenerreichung sind im Rahmen von Selbstevaluationen nur ansatzweise nachweisbar. Aber dank einer verbesserten Datenlage können einige Ergebnisse auf der Wirkungsebene dargestellt werden: So sind für verschiedene Projekte die Bekanntheit oder die Verbesserung der Fachkompetenzen von Multiplikator/innen nachgewiesen. In einzelnen Kantonen konnte eine bewegungsfreundlichere Umwelt geschaffen werden, wie beispielsweise durch die flächendeckende Einführung des Projektes „Burzelbaum“. Auch Vernetzungsaktivitäten erzielten bereits Wirkungen, wie weiter oben im entsprechenden Abschnitt erwähnt.

Empfehlung 4:

Für die Erhebungsperiode 2008/2009 konnte festgestellt werden, dass sich der Zugang zur Schule als schwieriger erweist als bisher angenommen. Aktuell werden in den Schulen viele eher partizipative und komplexere Projekte umgesetzt, welche auf überdurchschnittlich engagierte Lehrpersonen angewiesen sind. Wegen der erwähnten hohen Belastung der Lehrerschaft hapert es an der weiteren Verbreitung dieser Projekte. In der Folge sollten Alternativen überlegt werden, um den Schulbereich breiter zu erreichen. Vorstellbar sind einerseits Policy-Projekte, deren Umsetzung weniger die Lehrerschaft, sondern übergeordnete Stellen beansprucht. Andererseits könnte für die Modulprojekte in den Schulen vermehrt die Verbindung mit übergeordneten Gesamtstrategien gesucht werden, wie es beispielsweise das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (SNGS) darstellt. Vorstellbar sind weiter Projektumsetzungen mit dem Support einer starken Partnerorganisation, wie dies vereinzelt (z.B. beim Projekt „Pédibus“) bereits der Fall ist. In Einzelfällen ist auch zu überlegen, ob auch einfachere und standardisierte Projekte, die mit wenig Aufwand realisiert werden können, eine Möglichkeit wären, den Zugang zu den Schulen zu erhalten.

I EINLEITUNG

In diesem einleitenden Kapitel 1 wird der Berichtsaufbau skizziert (Abschnitt 1.1) und den an der Evaluation Beteiligten gedankt (Abschnitt 1.2). Weiter wird die Evaluationsphase 2008/2009 erläutert (Abschnitt 1.3), bevor das Konzept der kantonalen Aktionsprogramme (KAP) vorgestellt wird (Abschnitt 1.4).

1.1 AUFBAU DES BERICHTS

Der Bericht ist in fünf Teile gegliedert. Nach dem einleitenden Kapitel wird in Kapitel 2 zunächst näher auf die *Unterstützungsleistungen* von Gesundheitsförderung Schweiz eingegangen, die sie den Kantonen für deren Umsetzung der kantonalen Aktionsprogramme (KAP) zukommen lässt. Das dritte Kapitel enthält die synthetisierten Ergebnisse der Auswertungen der Selbstevaluationen, der Kostenreportings und der ergänzenden Untersuchungen zur *Umsetzung* der KAP; und in Kapitel 4 folgen einige Hinweise auf *Wirkungen* der KAP. Kapitel 5 präsentiert kurz die Konzepte der dritten KAP-Staffel. Die zusammenfassende Gesamtbeurteilung und die Empfehlungen wurden dem Bericht vorangestellt und befinden sich auf den Seiten 7 bis 14.

Die Kantonsprofile der 16 KAP, die an der Evaluationsphase 2008/2009 beteiligt waren, sind als PDF-Dateien verfügbar und können von der Homepage von Gesundheitsförderung Schweiz heruntergeladen werden.

1.2 DANK

Das Evaluationsteam möchte sich bei den KAP-Verantwortlichen in den Kantonen bedanken für die Unterstützung bei der Datenbeschaffung. Die Evaluationsgespräche gestalteten sich offen und kooperativ und für Rückfragen standen die Programmleitungen jederzeit zur Verfügung. Des Weiteren gilt unser Dank den zuständigen Personen bei Gesundheitsförderung Schweiz für die konstruktive und unkomplizierte Zusammenarbeit.

1.3 DIE EVALUATIONSPHASE 2008/2009

Die KAP werden einer umfassenden Evaluation unterzogen. Zentraler Bestandteil ist dabei nicht eine externe Evaluation, sondern die Selbstevaluationen.² An der Evaluationsphase 2008/2009 (1. Oktober 2008 bis 30. September 2009) beteiligten sich alle 16 KAP der ersten und zweiten Staffel. Im Folgenden gehen wir kurz auf die Fragestellungen dieser Evaluationsperiode sowie auf das methodische Vorgehen ein.

² 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).

1.3.1 FRAGESTELLUNGEN

In der Evaluationsphase 2008/2009 standen folgende Fragestellungen im Zentrum:

- Wie verläuft die Umsetzung der Aktionsprogramme in den einzelnen Kantonen? Welches sind die Stärken und Schwächen?
- Welche konkreten Leistungen oder Produkte erbringen die kantonalen Aktionsprogramme? Was kosten sie? In welchen Bereichen werden vor allem Investitionen getätigt?
- Wie gut werden die Zielgruppen der einzelnen Leistungen oder Produkte erreicht? Welches sind fördernde und hemmende Faktoren?
- Wie ist der Kontext zu beurteilen, in welchem die KAP agieren?
- Welche Wirkungen der kantonalen Aktionsprogramme lassen sich in den Kantonen feststellen oder abschätzen?
- Was kostet die Umsetzung der KAP auf der Ebene von Gesundheitsförderung Schweiz?

1.3.2 METHODISCHES VORGEHEN IN DER ZWEITEN EVALUATIONSPHASE

Die wichtigsten Grundlagen des vorliegenden Berichts bilden die Selbstevaluationen und die Kostenreportings der Programmleitenden der ersten und zweiten Staffel. Sie werden ergänzt durch die Ergebnisse der Evaluationsgespräche mit den 16 Programmleitenden. Das Vorgehen kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Ausgangspunkt bildete die *Auswertung der Selbstevaluationen* (durch Interface) und *der Kostenreportings* (durch das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG). Sie wurden von den Kantonen der ersten und zweiten Staffel nach Abschluss der Erhebungsphase am 30. September 2009 ausgefüllt und Anfang November 2009 Interface respektive dem WIG zur Verfügung gestellt.
- Ergänzend zur Auswertung der Selbstevaluationen wurde mit jeder KAP-Programmleitung der ersten und zweiten Staffel zwischen November 2009 und Januar 2010 ein *leitfadengestütztes Experteninterview* geführt. Die Interviews dienten dazu, die Informationen aus den Dokumenten zu vertiefen, Unklarheiten zu bereinigen sowie weitere Daten zu erheben.
- Um zu gewissen Fragen standardisierte Antworten zu generieren, wurde den Programmleitungen zusätzlich ein kurzer *Fragenkatalog* unterbreitet.
- Anschliessend wurden so genannte *Kantonsprofile verfasst*. Neben den bereits vorhandenen Daten wurden die KAP-Konzepte (insbesondere der dritten Staffel) und eine Politikmonitoringstudie³ beigezogen. Die Kantonsprofile wurden den Kantonen zur Vernehmlassung unterbreitet und werden in einer separaten Publikation veröffentlicht.

³ Fachstelle für Gesundheitspolitik (2009): Gesundheitspolitisches Monitoring in Bund, Kantonen und Städten, Kurzberichte 1/2009 und 2/2009, Bern.

- Weiter konnte auf Zusammenstellungen von Gesundheitsförderung Schweiz zurückgegriffen werden, welche die KAP-Projekte kategorisieren.
- Die Ergebnisse und Empfehlungen wurden im Mai 2010 anlässlich einer Sitzung mit Gesundheitsförderung Schweiz diskutiert und danach finalisiert.
- Die wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen der Zwischensynthese wurden anlässlich von Feedback-Ateliers im Rahmen der Netzwerktagung vom 8. Juni 2010 validiert. Die Ergebnisse fanden ebenfalls Eingang in den Bericht.

1.3.3 GRENZEN DER ZWISCHENSYNTHESE

Der Zwischenbericht offenbart auch die Grenzen dieser Art von Evaluation: Als Synthesebericht bewegt er sich auf einer stark übergeordneten Aussageebene und vermag nicht stark in die Tiefe zu gehen. Als Bericht mit Selbstevaluationen als Grundlage ist er methodisch, von der Datenqualität – obwohl sich diese gegenüber der letzten Erhebungsperiode merklich verbesserte – und von der Perspektive her begrenzt. Der Bericht hat eine primär formative Zielsetzung, das heisst, das Lernen steht im Zentrum.⁴ Es muss aber gleichzeitig darauf hingewiesen werden, dass die Evaluation hinsichtlich der Evaluationsmethodik ein Pilotprojekt ist, das in den nächsten Jahren laufend verfeinert und verbessert wird. Spezifische Aspekte der Limitierung der vorliegenden zweiten Zwischensynthese werden in den einzelnen Abschnitten erwähnt. Allgemein gilt es, sechs Punkte zu erwähnen:

- Die KAP-Strategie befindet sich seit etwas mehr als drei Jahren in der Umsetzung. Daher kann der Bericht aktuell einzig bezüglich des Outputs (im Sinne von erbrachten Leistungen) und teilweise bezüglich der Zielgruppenerreichung für die politische Legitimation genutzt werden, nicht aber bezüglich Wirkungsnachweisen im engeren Sinn, wie dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten oder der Wirkung auf den Body-Mass-Index (BMI) der Zielgruppe.
- Die KAP decken je nach Kanton einen unterschiedlich grossen Teil der Aktivitäten für ein gesundes Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen ab. Entsprechend können allfällige Wirkungen hin zu einem gesünderen Körpergewicht unterschiedlich gut auf die KAP zurückgeführt werden.
- In den Selbstevaluationen und Kostenreportings einiger Kantone sind nicht alle KAP-Aktivitäten⁵ erfasst, sondern einzig die von Gesundheitsförderung Schweiz mitfinanzierten Projekte. Für die Evaluation wurden nur diese Projekte berücksichtigt.
- Bei den Kostenreportings erwies sich die Abgrenzung des Aufwands für die KAP als besondere Herausforderung. Es wurde zwar versucht, diese Trennlinie möglichst klar zu definieren, indem beispielsweise die Aufwendungen von Programmmitarbeitenden berücksichtigt wurden, nicht aber jene von Multiplikator/innen

⁴ Die Grenzen des gewählten Vorgehens wurden in der Zwischensynthese 2009 vertiefter dargelegt (Interface [2009]: Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese der Selbstevaluationen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S. 24.)

⁵ Es handelt sich beispielsweise um KAP-Projekte, welche sich an erwachsene Personen oder an übergewichtige Personen mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion richten.

wie Lehrpersonen oder Mütter-/Väterberaterinnen. Dennoch blieb die Abgrenzung in vielen Fällen schwierig und das Problem wurde in den Kantonen unterschiedlich gelöst.

- Da nicht alle Kantone in allen Belangen auf exakte Daten zurückgreifen konnten, musste beispielsweise bei Angaben zu Kostenverteilungen oder bei Hinweisen auf die Erreichbarkeit von Zielgruppen aus pragmatischen Gründen auf Schätzungen abgestützt werden.
- Durch die Wahl der Methode der Selbstevaluation sowie durch die Vernehmlassung der Kantonsprofile bei den Kantonen sind die Profile teilweise etwas wohlwollend ausgefallen.

Unwägbarkeiten wie die oben genannten Aspekte lassen sich bei Evaluationen dieser Art, welche sich zudem in einem komplexen Umfeld bewegen, nicht vermeiden. Unter Berücksichtigung eines vernünftigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses müssen Kompromisse eingegangen werden und Annäherungen gesucht werden. Diese müssen transparent gemacht und bei der Interpretation der Ergebnisse stets berücksichtigt werden. Die vorliegende Evaluation kann aus den genannten Gründen nicht den Anspruch auf exakte Genauigkeit in allen Belangen erheben. Die Angaben von Grössenordnungen reichen aber bei Quantifizierungen, wie beispielsweise bezüglich der Kostenverteilung auf die vier Programmebenen oder bezüglich der Zielgruppenerreichung, durchaus aus, um Potenziale und Wirkungen abschätzen und Verbesserungsansätze erkennen zu können. Vergleiche zwischen den verschiedenen KAP sind vor diesem Hintergrund zwar zulässig und können lehrreich für die künftige Umsetzung sein, müssen aber mit der entsprechenden Vorsicht genossen werden. Sie sollen in erster Linie als Ausgangspunkt für vertiefende Diskussionen dienen.

1.4 DIE KANTONALEN AKTIONSPROGRAMME – EIN KURZES PORTRAIT

Bei den kantonalen Aktionsprogrammen handelt es sich um mehrjährige Programme zur Förderung von gesundem Körpergewicht. Sie werden von Gesundheitsförderung Schweiz mit entwickelt, finanziell unterstützt und inhaltlich begleitet (vgl. Kapitel 2). Mit den KAP sollen in den Kantonen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um der Übergewichtsproblematik bei Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken.⁶ Konkret sollen gesundheitsfördernde Massnahmen mit dem inhaltlichen Schwerpunkt Ernährung und Bewegung in der ganzen Schweiz umgesetzt und verankert werden. Nachfolgend werden die vier Ebenen und die Finanzierung der KAP kurz erläutert. Für eine ausführliche Beschreibung der KAP sowie deren theoretische Einbettung verweisen wir auf die Zwischensynthese 2009.⁷

⁶ Vgl. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Programme_Projekte/index.php>, Zugriff am 20.1.09.

⁷ Interface (2009): Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese der Selbstevaluationen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S. 10 ff.

1.4.1 DIE VIER EBENEN DER KAP

Jedes KAP muss nach den Vorgaben von Gesundheitsförderung Schweiz vier Ebenen abdecken: Module, Policy, Öffentlichkeitsarbeit sowie projektübergreifende Vernetzung. Sie widerspiegeln die Bemühungen von Gesundheitsförderung Schweiz, den strukturellen Massnahmen und der Nachhaltigkeit innerhalb der KAP genügend Gewicht beizumessen und fassen auf den Erkenntnissen des Grundlagenberichts zur Eindämmung des Übergewichts aus dem Jahr 2005.⁸

Ebene 1: Module

Module sind zielgruppenspezifische Interventionspakete, welche eine gesunde Ernährung und gesundheitswirksame Bewegung bei Kindern und Jugendlichen fördern. Die Modulebene ist in sechs Module unterteilt, die verschiedenen Altersklassen entsprechen. Ein Kanton hat die Möglichkeit, einzelne Module zu priorisieren. Für Gesundheitsförderung Schweiz ist die Vollständigkeit der ausgewählten Module finanzierungsrelevant.⁹

Ebene 2: Policy

Policy-Massnahmen sind strukturelle Massnahmen. Um im Rahmen der KAP als Policy-Massnahme zu gelten, müssen Aktivitäten folgende Ziele verfolgen:¹⁰

- Die Massnahme soll *materiell verankert sein*: Beispiele sind Standards (Richtlinien) oder Verordnungen und Gesetze, aber auch Massnahmen, welche die Infrastruktur verändern, wie beispielsweise eine bewegungsfördernde Umgestaltung des Pausenplatzes.
- Die Massnahme soll *über die Laufzeit des KAP hinaus* gültig sein.
- Die Massnahme soll auf Kantonsebene *fläckendeckend* umgesetzt sein.

Policy-Überlegungen und -Aktivitäten können auch in Aktivitäten der anderen Ebenen vorkommen, beispielsweise in Modulprojekten. Die Abgrenzung ist nicht immer eindeutig. So können sich Modulprojekte im Laufe ihrer Umsetzung zu eigentlichen Policy-Massnahmen entwickeln.

Ebene 3: Öffentlichkeitsarbeit

Mit Öffentlichkeitsarbeit soll der Bevölkerung die Wechselwirkung zwischen Ernährung, Bewegung und Körpergewicht sowie Körpergewicht und Gesundheit nähergebracht werden. Die Kantone sind hierzu einerseits eingeladen, die von Gesundheitsförderung Schweiz jährlich durchgeführte massenmediale Kampagne zu nutzen und mithilfe eigener Mittel deren Präsenz auf kantonaler Ebene noch zu verstärken oder begleitende Massnahmen zu ergreifen. Andererseits werden eigene Massnahmen durchgeführt, um die Aktivitäten des kantonalen Aktionsprogramms einer breiteren Öffent-

⁸ Gesundheitsförderung Schweiz (2005): Gesundes Körpergewicht: Wie können wir der Übergewichtsepidemie entgegenwirken? Wissenschaftliche Grundlagen zur Erarbeitung einer Strategie für die Schweiz. Kurzfassung, Bern.

⁹ Zur Vollständigkeit von einzelnen Modulen vgl.:

<http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Programme_Projekte/module.php>, Zugriff am 12.5.09.

¹⁰ Gesundheitsförderung Schweiz (2008): Umsetzung kantonalen Polycymassnahmen im Bereich „Gesundes Körpergewicht“, Checkliste und Massnahmenkatalog, Bern und Lausanne.

lichkeit bewusst zu machen und sie dadurch für das Thema Ernährung und Bewegung zu sensibilisieren.

Ebene 4: Vernetzung

Aktivitäten, welche der Vernetzungsebene zugerechnet werden, zielen darauf ab, für das KAP respektive dessen Ziele einen günstigen sozialen oder politischen Kontext zu fördern, Beispiele dafür sind Lobbyingaktivitäten, Bestrebungen für eine hochkarätig zusammengesetzte KAP-Begleitgruppe, Einsitznahme in Kommissionen usw. Vernetzungsmassnahmen sind gemäss Gesundheitsförderung Schweiz wichtig, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und die allgemeine Akzeptanz der Stakeholder gegenüber einem solchen Programm zu fördern. Daher können sie auch als strukturelle Massnahmen gesehen werden. Für Gesundheitsförderung Schweiz stehen hinsichtlich der Vernetzung vier Bereiche im Vordergrund, nämlich die gezielte Vernetzung mit anderen Kantonen, zwischen verschiedenen Departementen innerhalb der Kantonsverwaltung, zwischen dem Kanton und den Gemeinden sowie zwischen kantonalen (Fach-)Organisationen beziehungsweise Fachpersonen.

Ein grosser Teil der Vernetzungsaktivitäten erfolgt jedoch nicht auf der Vernetzungs-, sondern auf der Modulebene. Im Rahmen der Modulprojekte sind Vernetzungsmassnahmen für eine erfolgreiche Umsetzung unabdingbar, indem sie darauf abzielen, Synergien zu nutzen, oder auf eine flächendeckende Einführung und Verankerung eines Projekts hinwirken (Stichwort Nachhaltigkeit).

1.4.2 WER MACHT MIT BEI DEN KAP?

Offiziell starteten die ersten Programme im Januar 2007, die Erhebungsperiode der ersten KAP-Staffel mit sieben beteiligten Kantonen begann im Oktober 2007. Seit Januar 2010 kann von einer schweizweit fast flächendeckenden Umsetzung gesprochen werden, setzen doch 22 von 26 Kantonen ein KAP um, wie die folgende Darstellung D 1.1 verdeutlicht. Damit können potenziell über 96 Prozent der Schweizer Bevölkerung mit den KAP erreicht werden. Es verbleiben die vier Kantone Appenzell Innerrhoden, Glarus, Schaffhausen und Schwyz, die bisher noch keine KAP-Aktivitäten entwickelten oder erst in grundsätzlichen Abklärungen stecken.

D I.1: ÜBERSICHT KAP-KANTONE



Legende: dunkelorange: KAP in Umsetzung; hellorange: KAP-Konzept an Gesundheitsförderung Schweiz eingereicht; weiss: Abklärungen im Gange.

Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (Stand September 2009).

Je nach Zeitpunkt des Starts des KAP werden die teilnehmenden Kantone vier Staffeln zugeteilt. Folgende Tabelle zeigt die Mitglieder der Staffeln.

D I.2: DIE VIER STAFFELN DER KAP-KANTONE

Name	Anzahl Kantone	Beteiligte Kantone	Start	Stand
Staffel 1	7	AG, BS, JU, LU, NE, SG, ZG	2007	Umsetzung 2. Evaluationsphase abgeschlossen
Staffel 2	10	BL, GE, GR, OW/NW*, TG, TI, UR, VD, VS	2008	Umsetzung 1. Evaluationsphase abgeschlossen
Staffel 3	3	BE, SO, ZH	2009	Umsetzung
Staffel 4	2	AR, FR	2010	Konzept eingereicht

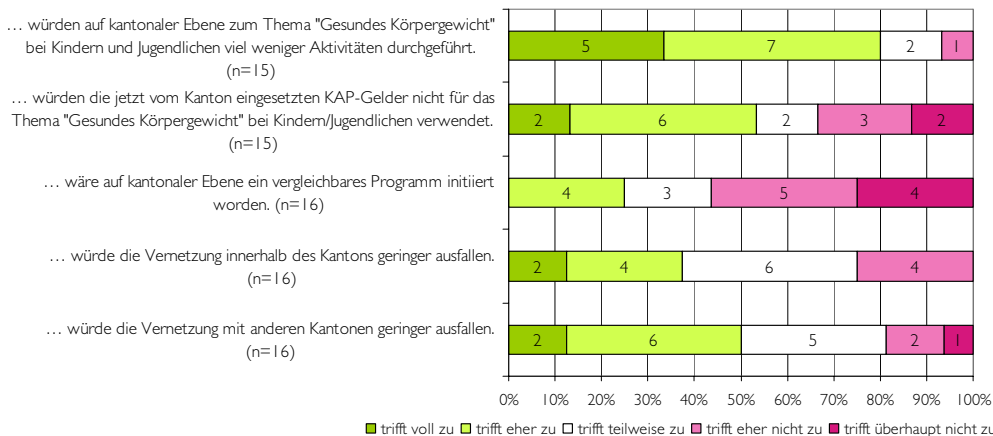
*: Die Kantone Ob- und Nidwalden setzen ein gemeinsames KAP um.

2 DIE UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Die KAP-Strategie wird in den einzelnen Kantonen an die jeweiligen Voraussetzungen angepasst und daher sehr vielgestaltig umgesetzt. Damit die KAP-Strategie dennoch ein nationales Programm bleibt und nicht in kantonale Einzelteile zerfällt, ist ein starker Akteur auf nationaler Ebene unabdingbar. Es ist die Aufgabe von Gesundheitsförderung Schweiz für ein Minimum an Standardisierung zu sorgen. Gleichzeitig ist sie für einen effizienten und vor allem effektiven und nachhaltigen Mitteleinsatz, das heisst für die Qualitätssicherung, verantwortlich. Zu diesem Zweck unterstützt sie die Kantone materiell, finanziell und mit beraterischen Leistungen, Letztere auch im Sinne von Betreuung und Begleitung.¹¹ Der Aufwand für den Support der Kantone erreicht mittlerweile gemäss Gesundheitsförderung Schweiz ein sehr hohes Mass, da die Verbreitung der KAP schneller vor sich ging als erwartet und 2009 neun weitere KAP mit der Umsetzung starteten. Die grosse Mehrheit der Kantone schätzt diese Bemühungen der Verantwortlichen von Gesundheitsförderung Schweiz sehr und lobt die gute Zusammenarbeit. Gesundheitsförderung Schweiz sei zwar fordernd, zeige aber gleichzeitig viel Verständnis für die spezifische Situation in den einzelnen Kantonen. Die Darstellung D 2.1 zeigt, wie stark die Unterstützung durch Gesundheitsförderung Schweiz den Umfang der Aktivitäten in den Kantonen beeinflusste.

D 2.1: NUTZEN DER UNTERSTÜTZUNG VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Wenn Gesundheitsförderung Schweiz die KAP nicht lanciert hätte...



Quelle: Erhebung im Rahmen der Evaluationsgespräche mittels eines Fragebogens.

Aus der Darstellung geht hervor, dass ohne den Support von Gesundheitsförderung Schweiz in vielen Kantonen wesentlich weniger Aktivitäten zum Thema gesundes Körpergewicht umgesetzt würden. Eine vertiefte Analyse zeigt, dass die lateinischen Kantone mehr als die Deutschschweizer Kantone der Meinung sind, dass in ihren Kantonen auch ohne Hilfe von Gesundheitsförderung Schweiz Gelder zur Verfügung stehen wür-

¹¹ Vgl. Interface (2009): Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese der Selbstevaluationen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S.16 f.

den und damit Aktivitäten zum Thema gesundes Körpergewicht umgesetzt würden. Nachfolgend gehen wir kurz auf die finanziellen und beraterischen Unterstützungsleistungen ein.

2.1 DIE FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG DER KAP

Die Kantone werden in finanzieller Hinsicht namhaft unterstützt. In der Erhebungsperiode von September 2008 bis Oktober 2009 investierte Gesundheitsförderung Schweiz 2,7 Millionen Franken *direkt* in die 16 KAP der ersten und zweiten Staffel, wobei die einzelnen Kantone je nach Grösse maximal zwischen 50'000 und 300'000 Franken erhielten.¹² Der von Gesundheitsförderung Schweiz erhaltene Betrag entspricht je nach Kanton einem unterschiedlich grossen Beitrag an das KAP-Budget. Die Beträge werden auf Basis der Finanzierungsbedingungen bestimmt, wobei sich Gesundheitsförderung Schweiz im Interesse der Sache bei begründeten Ausnahmen bisher grosszügig verhalten hat.¹³ Nebst der direkten Unterstützung der Kantone wurden von Gesundheitsförderung Schweiz rund 657'000 Franken in die KAP investiert (Personalkosten, Evaluationen, Vernetzungstage, Weiterentwicklung Modulprojekte, etc.). Nicht enthalten in dieser Kalkulation sind die Kosten für die nationale Bevölkerungskampagne sowie der Aufwand für die Unterstützung der Kantone im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. Auf der Modulebene wurde intern viel weniger für die Entwicklung von Projekten ausgegeben (2,2%, Vorperiode 71%) als für die Unterstützung bei der Umsetzung (42%, Vorperiode 0%). Für die Evaluation der Modulprojekte wurden rund 55 Prozent der Mittel eingesetzt.

2.2 DIE BETREUUNG DER KANTONE

Die Betreuung der Kantone stellte einen Schwerpunkt der Unterstützung in der Erhebungsperiode 2008/2009 dar. Diese erhielten eine teilweise sehr intensive Begleitung bei der Ausarbeitung der KAP-Konzepte. Hier ging es darum, die Anliegen von Gesundheitsförderung Schweiz, wie eine minimale Standardisierung, und die Bedürfnisse und Realitäten in den Kantonen unter einen Hut zu bringen. Weiter leistete sie fachliche Unterstützung bei der Umsetzung der KAP und Hilfestellung bei Problemen. Auf Basis der Selbstevaluation von Gesundheitsförderung Schweiz wird im Folgenden kurz spezifisch auf die in der Erhebungsperiode 2008/2009 erbrachten Leistungen eingegangen:

- *Ebene Module:* Ziel der Unterstützungsleistungen im Bereich der Modulprojekte war zunächst die Publikation von Umsetzungsleitfäden für die Multiplikation verschiedener Projekte im Internet. Inwiefern die Leitfäden benutzt werden, kann noch nicht abgeschätzt werden. Weiter konnten die vertieften Evaluationen der Projekte „rundum fit“, „Kidz-Box“, „Weiterbildung Multiplikatorinnen und Mul-

¹² Diese Beitragszahlungen sind in den Kosten der einzelnen Kantonsprofile bereits enthalten.

¹³ Die Finanzierungsbedingungen wurden in der Zwischensynthese 2007/2008 ausführlich dargestellt (Interface [2009]: Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese der Selbstevaluationen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S.16 f.)

tiplikatoren“ und von „Enfants, fruits et légumes“ abgeschlossen werden.¹⁴ Gleichzeitig wurde die zweite Projektevaluationsetappe gestartet, in welcher eine Evaluation von „Youp'là bouge“ veranlasst wurde.

- *Ebene Policy:* Seit April 2009 ist die Datenbank „Monitoring Gesundheitsförderung und Prävention“ öffentlich zugänglich. Damit können gesetzliche Grundlagen und die Politikentwicklung unter anderem zu den Themen Bewegung, Ernährung und Gewicht abgerufen werden. Sie berücksichtigt die nationale und kantonale Ebene sowie einige Städte.
- *Ebene Öffentlichkeitsarbeit:* Die Aktivitäten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit waren sehr vielfältig und umfangreich. So war eines der Ziele der nationalen Kampagne, die Aktionsprogramme in den Kantonen zu unterstützen.¹⁵ Eine entsprechende Aussage¹⁶ wurde aber von 9 der 16 KAP-Leitungen mit „trifft eher nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“, von 6 weiteren mit „trifft teilweise zu“ beurteilt. Etliche Programmverantwortliche bemerkten, ihre Rückmeldungen zu den nationalen Kampagnen seien zu wenig gesucht und in der Weiterentwicklung berücksichtigt worden. Zwei KAP-Verantwortliche haben jedoch vermerkt, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung Schweiz und den Kantonen im Hinblick auf die zweite Kampagnenwelle verbessert habe und entsprechend die Akzeptanz der Materialien höher ist. Gesundheitsförderung Schweiz gestaltete und finanzierte zusammen mit den kantonalen Leitungen auch regionale und kantonale Medienkampagnen. Dies geschah vor allem im Rahmen von Modulprojekten wie „Kidz-Box“, „Pédibus“ oder „Fourchette verte“. Diese Unterstützung wurde in den Kantonen positiv beurteilt, weil sie besser auf den kantonalen Kontext angepasst sei. Nicht realisiert werden konnte ein KAP-Newsletter. Die Informationen zu den KAP erhielten jedoch ein eigenes Forum im Newsletter von Gesundheitsförderung Schweiz.
- *Ebene Vernetzung:* Es wurde eine Netzwerktagung mit einer gegenüber dem Vorjahr gesteigerten Zahl von Teilnehmenden durchgeführt, welche in der Tagungsevaluation positiv beurteilt wurde. Die KAP-Begleitgruppe, die aus Vertretungen der strategischen Führung verschiedener KAP besteht, konnte auf nationaler Ebene institutionalisiert werden. Weiter ist die zunehmende Vernetzung mit Fachorganisationen auf nationaler Ebene zu erwähnen.

¹⁴ <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Grundlagen_Wissen/evaluationen.php>, Zugriff am 11.6.10.

¹⁵ Die nationale Kampagne „Gesundes Körpergewicht“ ist nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation.

¹⁶ Aussage im Fragenraster: „Die nationale Medienkampagne von Gesundheitsförderung Schweiz war eine wichtige Unterstützung für das KAP.“ – Antwortkategorien: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft überhaupt nicht zu“.

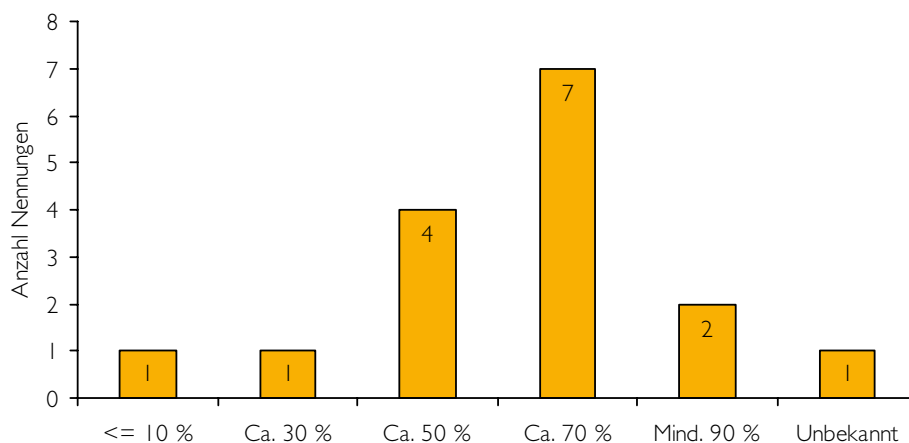
In diesem Kapitel wird die Umsetzung der kantonalen Aktionsprogramme beurteilt. Als Grundlage dafür dienen die Selbstevaluationen, die Kostenreportings sowie ergänzende Untersuchungen (vgl. Abschnitt 1.3.2). Vereinzelt fließen auch Konzeptinhalte in die Beurteilung ein. Das Kapitel beginnt mit der Einordnung der kantonalen Aktionsprogramme in ihren strukturellen und politisch-administrativen Kontext (Abschnitt 3.1). Danach wird auf die verschiedenen Ebenen der kantonalen Aktionsprogramme eingegangen: auf die Module (Abschnitt 3.2), die Policy (Abschnitt 3.3), die Öffentlichkeitsarbeit (Abschnitt 3.4) sowie die Vernetzung (Abschnitt 3.5). Weiter werden die Investitionen in die kantonalen Aktionsprogramme dargelegt (Abschnitt 3.6). Am Schluss der einzelnen Abschnitte folgt jeweils eine kurze Bilanzierung. Ein zusammenfassendes Fazit zur Umsetzung befindet sich in Abschnitt 3.7, welches auch Faktoren beschreibt, die die bisherige Umsetzung der KAP gefördert respektive gehemmt haben.

3.1 KONTEXT

Der Kontext eines KAP hat einen entscheidenden Einfluss darauf, ob und wie erfolgreich ein KAP umgesetzt werden und Wirkung entfalten kann. Ein wichtiger Faktor ist der Stellenwert, den das KAP im Kanton hat. Je mehr Aktivitäten ein KAP im Bereich Bewegung, Ernährung und gesundes Körpergewicht abdeckt, desto umfassender nimmt das KAP auf die Verhältnisse und das Verhalten der Zielgruppen im Kantonsgebiet Einfluss. Im Rahmen der Evaluationsgespräche wurden die Programmverantwortlichen um eine Einschätzung zum Stellenwert der KAP in ihrem Kanton befragt. Wie die Darstellung D 3.1 zeigt, finden im Rahmen von zwei KAP mit über 90 Prozent fast alle Aktivitäten im Bereich Bewegung und Ernährung des Kantons statt. Sieben KAP decken rund 70 Prozent aller Aktivitäten ab und bilden den zentralen Bestandteil aller Massnahmen zum Thema gesundes Körpergewicht in ihrem Kanton.¹⁷ Welchen Stellenwert das KAP in einem Kanton einnimmt, hat interessanterweise nichts mit der Grösse des Kantons zu tun.

¹⁷ Bei den Antworten wurden die Aktivitäten im Rahmen des Schulsports, der Vereine und von Privaten in unterschiedlichem Ausmass berücksichtigt.

D 3.1: STELLENWERT DER KAP IM KANTON (N=16)



Quelle: Erhebung im Rahmen der Evaluationsgespräche mittels eines Fragebogens mit der Frage: „Wie hoch schätzen Sie den Stellenwert des KAP innerhalb des Themas ‚Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen‘ in Ihrem Kanton ein?“ Antwortmöglichkeiten: Das KAP deckt max. 10% aller Aktivitäten ab; das KAP deckt ca. 30% aller Aktivitäten ab; das KAP deckt ca. die Hälfte der Aktivitäten ab (50%); das KAP deckt ca. 70% aller Aktivitäten ab; das KAP deckt mindestens 90 Prozent aller KAP ab.

Um den Kontext in den Kantonen vergleichen zu können, werden nachfolgend pro Kanton verschiedene Kriterien einander gegenübergestellt. Einerseits stehen die mehrheitlich vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) zusammengestellten Daten des Bundesamts für Statistik zu den strukturellen Merkmalen eines Kantons zur Verfügung. Dazu gehören beispielsweise der Finanzkraftindex und der Ausländeranteil. Andererseits handelt es sich um weichere Faktoren, welche für den Support innerhalb eines Kantons stehen. Zu diesen rechnen wir die Unterstützung durch den Regierungsrat und die Verwaltung, die Zusammenarbeit mit den Settings Schule, Gemeinde und der ausserfamiliären Betreuung sowie das Agendasetting durch den Kantonsrat in Form von Vorstössen. Diese Faktoren wurden aufgrund von subjektiven Einschätzungen der Programmleitenden während des Evaluationsgesprächs beurteilt.

Werden die explizit positiven Bewertungen (+ in der Darstellung D 3.2) der gewählten Kontextfaktoren analysiert, zeigen sich Unterschiede zwischen den Kantonen. Es können drei Gruppen ausgemacht werden:

- *Fünf Kantone mit einem eher fördernden Kontext:* Diese Kantone haben sowohl tendenziell strukturelle Vorteile als auch ein günstiges politisch-administratives Umfeld.
(→ 1. Staffel: 3 Kantone; 2. Staffel: 2 Kantone)
- *Sieben Kantone mit einem neutralen Kontext:* Diese Kantone sind bei gewissen Faktoren benachteiligt. Die flächen- oder bevölkerungsmässig grossen Kantone Aargau, Waadt und Wallis leiden im Zusammenhang mit den KAP vor allem unter strukturellen Nachteilen (d.h. bevölkerungsreich, grosser Ausländeranteil, viele kleine Gemeinden oder schwache Finanzkraft). Diese Kantone profitieren aber von

einem positiven politisch-administrativen Umfeld. In den kleinen Kantonen Uri sowie Ob- und Nidwalden ist es in der Tendenz umgekehrt.

(→ 1. Staffel: 2 Kantone; 2. Staffel: 5 Kantone)

- *Fünf Kantone mit einem eher weniger förderlichen Kontext:* Hier ist sowohl das strukturelle als auch das politisch-administrative Umfeld verglichen mit anderen KAP-Kantonen tendenziell als schwieriger einzustufen. Fast alle Kantone dieser Kategorie weisen schwierige strukturelle Voraussetzungen auf.

(→ 1. Staffel: 2 Kantone; 2. Staffel: 3 Kantone)

Es zeigt sich, dass drei von sieben Kantonen der ersten Staffel von einem explizit positiven Umfeld profitieren, während es bei den Kantonen der zweiten Staffel nur noch zwei von neun sind. Die Kantone der zweiten Staffel schneiden bei den strukturellen Merkmalen leicht besser ab als die Kantone der ersten Staffel, jedoch ist ihr politisch-administratives Umfeld etwas weniger günstig. Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass sich der Kontext nur im politisch-administrativen Umfeld verändern kann.

Werden alle Bewertungen in die Analyse einbezogen (+, 0, - in der Darstellung D 3.2), so verwischen sich die Unterschiede teilweise. Insbesondere können keine Unterschiede zwischen den Staffeln mehr ausgemacht werden. In Bezug auf das politisch-administrative Umfeld sind die Unterstützung des Regierungsrats und der Verwaltung sowie der Zugang zu Akteuren im Bereich der ausserfamiliären Betreuung in einer Mehrheit der Kantone beider Staffeln gewährleistet. Nur in einer Minderheit der Kantone sind dagegen unterstützende Vorstösse im Bereich gesundes Körpergewicht zu verzeichnen und ist der Zugang zu den Gemeinden gegeben. Drei Kantone verfügen über Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention in den Gemeinden, was die Zusammenarbeit erleichtern kann. Interessant ist zudem, dass auch ein Kanton mit einer hohen Zahl von Gemeinden diese explizit mit einem Policy-Projekt ansprechen will. In gut der Hälfte der Kantone wird der Zugang zu den Schulen als gut beurteilt, wobei dieser in einigen Kantonen durch eine kantonale Organisation der Schulmedizin erleichtert wird. In der anderen Hälfte der Kantone ist zwar häufig die Unterstützung des Bildungsdepartements, nicht aber unbedingt der Schulleitungen und der Lehrerschaft gegeben. Diese Problematik wurde vor allem von KAP-Leitungen der zweiten Staffel hervorgehoben.

3.1.1 FAZIT ZUM KONTEXT

In der Mehrheit der Kantone haben die KAP einen sehr grossen Stellenwert. Mit einem Anteil von 70 Prozent und mehr der kantonalen Massnahmen im Bereich gesundes Körpergewicht für Kinder und Jugendliche tragen die KAP wesentlich zur Förderung des Anliegens bei. Die meisten KAP agieren in einem positiven Umfeld, insbesondere was die Unterstützung durch Verwaltung und Regierungsrat angeht. Insgesamt weisen die KAP der ersten Staffel leicht mehr *explizit* positive Faktoren auf als die KAP der zweiten Staffel. Vor allem die Zusammenarbeit mit den Schulen sollte aufgrund der Erfahrung der KAP-Leitungen der zweiten Staffel künftig aufmerksam verfolgt werden.

D 3.2: BEURTEILUNG DER KONTEXTMERKMALE DER KANTONE DER ERSTEN UND ZWEITEN STAFFEL

	KAP	Strukturelle Merkmale				Politisch-administratives Umfeld				
		Anzahl Kinder/ Jugendlicher	Anzahl Gemeinden	Ausländer/innen (in %)	Finanzkraft- index	Zugang Schule	Zugang Gemeinden	Zugang zur aus- serfamiliären Betreuung	Unterstützung Regierungsrat/ Verwaltung	Unterstützung Kantonsrat
1. Staffel	1	-	-	0	+	+	0	+	+	0
	2	0	+	-	+	+	0	0	+	+
	3	+	0	+	-	+	0	+	+	0
	4	-	0	+	0	+	+	0	+	0
	5	0	0	-	0	-	-	+	+	0
	6	-	0	-	0	0	0	+	+	0
	7	+	+	-	+	0	-	+	+	+
2. Staffel	8	0	0	0	+	0	-	+	0	0
	9	-	0	-	+	+	0	+	+	0
	10	0	-	+	-	+	+	+	+	0
	11	+	+	+	0	0	0	0	+	0
	12	0	0	0	0	0	0	0	+	0
	13	-	-	-	0	0	0	+	0	0
	14	+	+	+	-	0	0	+	+	0
	15	-	-	-	+	+	0	+	+	0
	16	-	-	0	-	0	+	+	+	+
Erklärung	+: Relativ kleine Anzahl Kinder/Jugend- licher, was flächende- ckende Einfüh- rung erleich- tert.	+: Relativ kleine Anzahl Gemeinden, was flächende- ckende Einfüh- rung erleich- tert.	+: Relativ kleiner Anteil Auslän- der/innen, was flächende- ckende Einfüh- rung erleich- tert.	Gemäss Einteilung Bund, +: hohe Finanzkraft	+: Wenn explizit guter Zu- gang zum Setting Schule	+: Wenn explizit guter Zu- gang zu den Ge- meinden	+: Wenn expli- zit guter Zu- gang zu den Multiplika- tor/innen im Kleinkinderbe- reich	+: Wenn mehr Support als Regierungsrats- entscheid in Konzeptphase/ gute Zusam- menarbeit mit Verwaltung	+: Wenn unterstützen- de Vorstösse zum Thema gesundes Körperge- wicht	

Quelle: Kantonsprofile, die von Interface erstellt wurden.

3.2 EBENE MODULE

In diesem Abschnitt werden die erbrachten Leistungen der KAP auf der Modulebene dargestellt. Zunächst werden die Anzahl der Projekte nach verschiedenen Aspekten und im Vergleich zum letzten Jahr beschrieben. Anschliessend werden die Projekte inhaltlich systematisiert, der Stand der Umsetzung beschrieben sowie die abgeschlossenen und abgebrochenen Projekte genauer betrachtet. Ein spezifischer Teil widmet sich dem Aspekt der Chancengleichheit bei den Modulprojekten. Beendet wird der Abschnitt mit einem Fazit zur Umsetzung der Modulprojekte.

3.2.1 ANZAHL DER PROJEKTE

Im Erhebungszeitraum 2008/2009 standen auf der Modulebene 108 *verschiedene* Modulprojekte (Projektkonzepte) in Umsetzung. Davon werden 76 Projekte in nur jeweils einem KAP umgesetzt und 32 Projekte in mehreren KAP realisiert (dies entspricht 101 multiplizierten Projekten). Es ergeben sich also insgesamt 177 Modulprojekte in den 16 KAP, wovon 70 in den sieben KAP der ersten Staffel umgesetzt wurden (40%).

Viele der 177 Projekte werden innerhalb eines Kantons auf mehreren Modulebenen durchgeführt. Zählt man diese Projekte gemäss den berücksichtigten Modulen (Alterskategorien) mehrfach, so sind es insgesamt 333 Projektumsetzungen.¹⁸ Dies entspricht einer überproportionalen Zunahme im Vergleich zum Vorjahr: 2,5-mal mehr Projekte bei nur 1,3-facher Zunahme der Wohnbevölkerung beziehungsweise Schüler/innen durch die Kantone der zweiten Staffel und einer 1,1-fachen Zunahme des Finanzkraftindex. *Potenziell* können somit mehr Personen von den KAP erreicht werden als mit dem Einstieg der zweiten Staffel und dem Finanzkraftindex dieser Kantone erwartet werden konnte. Der Schwerpunkt auf dem Schulbereich inklusive Kindergarten (im Vergleich zum frühkindlichen Bereich) bleibt bestehen, wobei Projekte bei Kindern im Vorschulalter anteilmässig am deutlichsten zugenommen haben (von 15% auf 24%). Darstellung D 3.3 gibt einen Überblick über die Anzahl der Projekte auf den verschiedenen Modulstufen.

D 3.3: ANZAHL PROJEKTE PRO MODUL

Module	2008/2009		2007/2008		Zunahme*
I Schwangerschaft und Neugeborene	48	14%	14	15%	+ 2,4
II Kleinkinder	65	20%	15	16%	+ 3,3
III Kinder im Vorschulalter	80	24%	14	15%	+ 4,7
IV Kinder in der Primarschule	71	21%	24	25%	+ 2,0
V Kinder/Jugendliche Sekundarstufe 1	47	14%	18	19%	+ 1,6
VI Jugendliche Sekundarstufe 2/junge Erwachsene	22	7%	10	11%	+ 1,2
Total	333	100%	95	100%	+ 2,5

*: Zunahme um den jeweiligen Faktor der absoluten Anzahl.

¹⁸ Das Projekt „rundum fit“ zählte im Berichtsjahr 2009 noch mehrfach. Für eine bessere Vergleichbarkeit der Berechnung wurde dieses Projekt nur als ein Projekt gezählt. In der Folge verringert sich die Zahl der Projektumsetzungen 2008 von 133 auf 95.

Hoher Anteil multiplizierter Projekte

Insgesamt sind 101 der 177¹⁹ Modulprojekte (57%) in den 16 KAP multiplizierte Projekte.²⁰ 16 Projekte wurden in mehr als einem Kanton umgesetzt. Im Vergleich zum letzten Jahr sind 10 Projekte neu multipliziert worden. Der Anteil multiplizierter Projekte auf Modulebene pro Kanton schwankt zwischen minimal 27 und maximal 80 Prozent. Die Staffel scheint dabei keine Rolle zu spielen (Staffel 1: 61%, Staffel 2: 60%).

Das am häufigsten multiplizierte Modulprojekt ist „Burzelbaum“, das mit „Youp'là bouge“ auch eine Adaptation für jüngere Kinder in der Westschweiz nach sich gezogen hat. Es wird in 10 von 16 KAP umgesetzt. Mindestens in 4 KAP wurden folgende Projekte umgesetzt: „Pro Juventute Elternbriefe“, „FemmesTische“, „Fourchette verte“, „Kidz-Box“, „Klemon“, „Pédibus“, „Znünibox“, „J+S Kids/GKB-SPORTKIDS“, „Miges Balù“ und „Open Sunday“. Es ist zu beachten, dass auch auf anderen Ebenen Projekte multipliziert wurden (z.B. „Fourchette verte“ auf Policyebene oder „Freestyle-Tour“ als Öffentlichkeitsarbeit), sodass die Zahl der multiplizierten Projekte insgesamt noch höher liegt. Darstellung DA 1.1 im Anhang zeigt die multiplizierten Projekte der Modulebene nach absteigender Häufigkeit.

Ein Drittel der Projekte wurde ins KAP überführt

Bevor Gesundheitsförderung Schweiz die kantonalen Aktionsprogramme initiierte, lief während rund zehn Jahren das Schwerpunktprogramm „Bewegung, Ernährung, Entspannung“. Während der Strategieentwicklung „Gesundes Körpergewicht“ sensibilisierte die Geschäftsleitung von Gesundheitsförderung Schweiz die zuständigen Regierungsräte und -rätinnen in den Kantonen für das Thema. In der Folge waren die Themen Bewegung und Ernährung in verschiedenen Kantonen bereits vor dem Start der KAP aktuell und es wurden Projekte entwickelt und umgesetzt. Mit Start der KAP haben die meisten Kantone bereits früher gestartete Projekte ins KAP überführt. 58 der 177 Modulprojekte (33%) existierten bereits vor dem KAP, wobei zwischen den Staffeln kein Unterschied auszumachen ist. Die Mehrheit der überführten Massnahmen sind multiplizierte Projekte (38, 66%). In zwei Kantonen (je einem pro Staffel) gibt es keine überführten Projekte.

3.2.2 PROJEKTSYSTEMATISIERUNG

Um eine grobe Einschätzung des Wirkungs- und Nachhaltigkeitspotenzials vornehmen zu können, wurden die Modulprojekte nach inhaltlichen Kriterien und dem Verhaltens- respektive Verhältnispräventionsansatz eingeteilt.²¹

Viele Modulprojekte mit hohem Wirkungspotenzial

Für die Einteilung nach inhaltlichen Kriterien wurden folgende sechs Gruppen gebildet, beginnend mit den Aktivitäten mit dem geringsten Wirkungspotenzial:

¹⁹ Werden die 108 verschiedenen Modulprojekte (Projektkonzepte) als Grundlage genommen, sind es 32 multiplizierte Projekte.

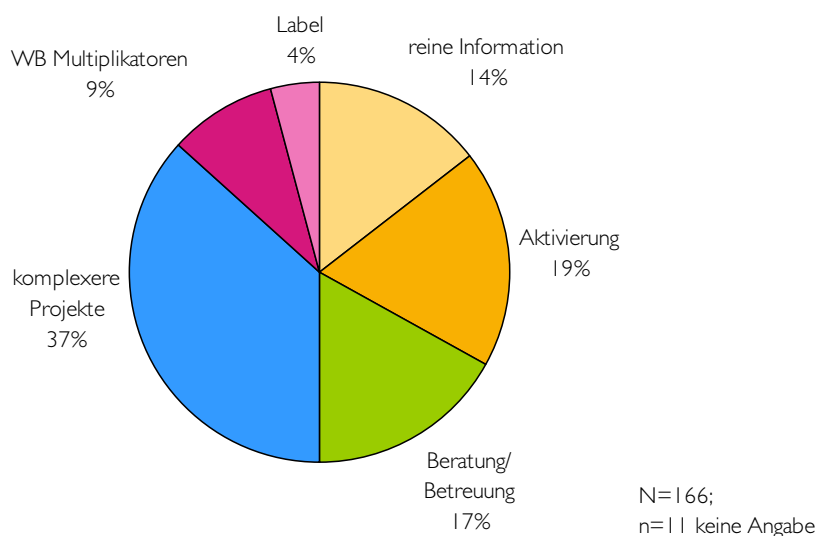
²⁰ Multiplizierte Projekte: Projekte, für welche einem KAP keine Entwicklungskosten erwachsen, weil a) das Projekt von einem anderen Kanton entwickelt wurde oder weil b) das Projekt von einer Fachorganisation ausgearbeitet wurde und von Gesundheitsförderung Schweiz zur Multiplikation empfohlen wird.

²¹ Einteilung durch Gesundheitsförderung Schweiz.

- *Reine Informations-/Sensibilisierungsaktivitäten:* Abgabe von Materialien ohne begleitende Massnahme, z.B. „Znüniflyer“, „Ernährungskoffer“ (wenn keine Instruktion der Multiplikator/innen erfolgt) sowie Sensibilisierungsveranstaltungen.
- *Aktivierungsmassnahmen:* Mehrmals stattfindende Veranstaltung oder Angebot, bei welchem die Teilnahme freiwillig ist. Die Zielgruppe erarbeitet sich die Information durch Aktivitäten selber, z.B. bei einem Kochkurs.
- *Beratungsangebote:* Projekte, welche Beratung, Betreuung oder Begleitung anbieten, z.B. „Klemon“, „FemmesTische“.
- *Komplexere Projekte (vorwiegend in bestehenden Strukturen):* Regelmässig stattfindende, wiederkehrende Aktivitäten, die einerseits in obligatorische Institutionen wie z.B. die Schule eingebunden sind und damit die Teilnahme für die Zielgruppe obligatorisch macht; andererseits Projekte mit freiwilliger Teilnahme, die aber in Strukturen (vor allem lokale) eingebunden sind, welche eine hohe Zielgruppenerreichung ermöglichen (wie beispielsweise das Projekt „Open Sunday“). Bei beiden Arten ist die Umsetzung in der Regel aufwändiger als in anderen Projekten.
- *Multiplikatorenweiterbildung:* Kompetenzerwerb der Multiplikator/innen als Inhalt des Projekts.
- *Labelprojekte:* Erfüllen Institutionen oder Dienstleistungen gewisse Kriterien, erhalten sie ein Label als Auszeichnung (z.B. „Fourchette verte“). Label sollten regelmässig kontrolliert werden.

Darstellung D 3.4 zeigt die Verteilung der 177 Modulprojekte nach Projekttypen.

D 3.4: KATEGORISIERUNG DER MODULPROJEKTE NACH INHALTLICHEN KRITERIEN



Quelle: Einteilung durch Gesundheitsförderung Schweiz; 11 Projekte, für die keine Einteilung vorliegt, wurden aus der Berechnung ausgeschlossen.

Es zeigt sich, dass die Hälfte der Modulprojekte hinsichtlich des Wirkungs- und Nachhaltigkeitspotenzials als vielversprechend einzustufen ist, das heisst über reine Wissensvermittlung hinausgeht. Zu diesen können je nachdem auch Beratungs- und Begleitungsangebote gezählt werden; deren Wirkungspotenzial hängt aber stark von der Art der Umsetzung ab. Reine Informations-/Sensibilisierungsaktivitäten machen weniger als ein Siebtel der Projekte aus.

Mehrheit der Modulprojekte mit einem Verhältnispräventionsansatz
Ob ein Modulprojekt eher einem Verhaltens- oder Verhältnispräventionsansatz entspricht, hängt nicht einzig vom Konzeptinhalt ab. Ebenso spielt die Art der Umsetzung eine Rolle. Aus diesem Grunde können Projekte des gleichen Projekttyps einem unterschiedlichen Ansatz zugeordnet sein.²² Dies ist insbesondere bei Beratungs- und Aktivierungsaktivitäten der Fall. Darstellung D 3.5 zeigt die Zuordnung der Projekttypen zur Verhältnis- beziehungsweise Verhaltensprävention.

D 3.5: MODULPROJEKTTYPEN NACH VERHALTENS- ODER VERHÄLTNISPRÄVENTION

Projekttyp	Anzahl (%) Projekte mit Schwerpunkt auf			Gesamt
	Verhalten	Verhältnis	k. A.	
Reine Informationsaktivitäten	21 (88%)	3 (13%)		24 (100%)
Aktivierungsmassnahmen	21 (68%)	9 (29%)	1 (3%)	31 (100%)
Beratungsangebote	16 (57%)	11 (39%)	1 (4%)	28 (100%)
Komplexere Projekte	7 (11%)	54 (89%)		61 (100%)
Multiplikatorenweiterbildung		15 (100%)		15 (100%)
Label		7 (100%)		7 (100%)
Keine Angaben vorhanden		1 (9%)	10 (91%)	11 (100%)
Gesamtergebnis	65 (37%)	100 (56%)	12 (7%)	177 (100%)

Legende: k. A: keine Angaben vorhanden.

Quelle: Einteilung durch Gesundheitsförderung Schweiz.

Insgesamt wird mit 56 Prozent mehr als die Hälfte der Modulprojekte in der Verhältnisprävention angesiedelt. Dazu gehören alle Labelprojekte und Multiplikatorenweiterbildungen sowie die grosse Mehrheit der komplexeren Projekte. 37 Prozent der Modulprojekte werden zum Verhaltenspräventionsansatz gezählt, bei 7 Prozent kann keine Zuordnung vorgenommen werden.

Kaum Unterschiede zwischen überführten und neuen Projekten

Bei den im Rahmen des KAP neu lancierten Modulprojekten zeigt sich gegenüber den überführten Projekten ein leicht höherer Anteil an Projekten mit Schwerpunkt Verhältnisprävention (58% gegenüber 53%, keine Darstellung). Bezogen auf die Projekttypen zeigt Darstellung D 3.6, dass in den einzelnen Kategorien zwar Unterschiede bestehen zwischen den mit dem KAP gestarteten Projekten und den überführten. Gesamthaft betrachtet können jedoch keine wesentlichen Unterschiede des Wirkungspotenzials ausgemacht werden.

²² Einschätzung durch Gesundheitsförderung Schweiz im Sinne von „eher“ Verhaltens- oder „eher“ Verhältnisprävention. Die den beiden Ansätzen zugrunde liegenden Definitionen finden sich im Anhang A2.

D 3.6: VERTEILUNG NACH PROJEKTTYPEN NACH EXISTENZ VOR DEM KAP

Projekttyp	mit KAP	vor KAP	gesamt
Reine Informationsaktivitäten	17 (14%)	7 (12%)	24 (14%)
Aktivierungsmassnahmen	17 (14%)	14 (24%)	31 (18%)
Beratungsangebote	20 (17%)	8 (14%)	28 (16%)
Komplexere Projekte	43 (36%)	18 (31%)	61 (34%)
Multiplikatorenweiterbildung	12 (10%)	3 (5%)	15 (8%)
Label	3 (3%)	4 (7%)	7 (4%)
keine Angabe	7 (6%)	4 (7%)	11 (6%)
Gesamtergebnis	119 (100%)	58 (100%)	177 (100%)

Quelle: Modulprojekte gemäss Kantonsprofilen, Einteilung der Projekte durch Gesundheitsförderung Schweiz.

3.2.3 STAND DER UMSETZUNG

Der Stand des Fortschritts der Modulprojekte wurde anhand von zehn möglichen Projektphasen beurteilt. Dabei bedeuten die Phasen eins und zwei, dass ein Projekt noch in der Vorbereitung steckt oder vertiefte Abklärungen gemacht werden. Die Phasen drei bis fünf bezeichnen ein anlaufendes Projekt respektive einen frühen Umsetzungsstand, während die Phasen sechs bis acht laufende Projekte benennen. In Phase neun sind weit fortgeschrittene Projekte eingeteilt, beispielsweise wenn eine flächendeckende Verankerung in Bearbeitung ist. Die Phase zehn weist auf ein im Rahmen des KAP abgeschlossenes Projekt hin, das heisst beispielsweise, dass die Weiterfinanzierung unabhängig vom KAP erfolgt.

Ein Fünftel der Modulprojekte bereits weit fortgeschritten oder abgeschlossen

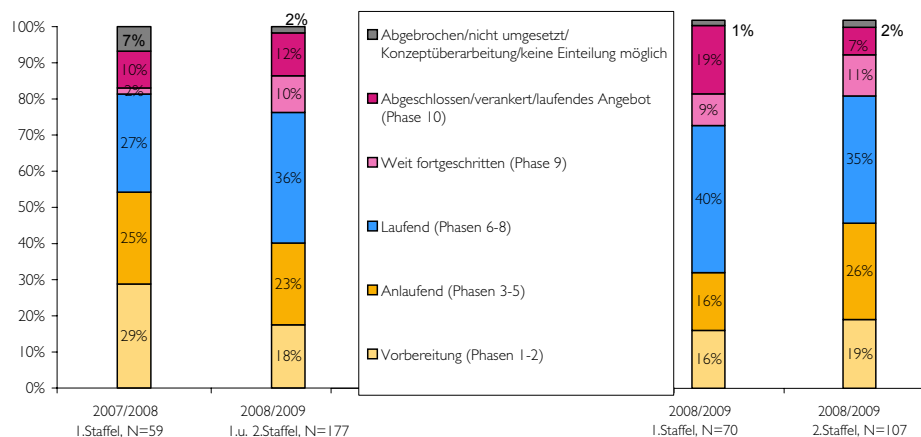
Die Analyse der Modulprojekte ergibt, dass 41 Prozent (71) der 177 Modulprojekte in Vorbereitung respektive anlaufend sind, was im Vergleich zum Vorjahr (54%) ein geringerer Anteil bedeutet.²³ Dies ist bemerkenswert, sind doch neun neue KAP hinzugekommen. 22 Prozent (39) der Modulprojekte befinden sich in einer weit fortgeschrittenen Phase oder sind sogar abgeschlossen (Vgl. Darstellung D 3.7).²⁴

Betrachtet man den Fortschritt der Projekte getrennt nach Staffel, so zeigt sich in der ersten Staffel eine deutliche Zunahme der laufenden bis abgeschlossenen Projekte von 39 auf 68 Prozent und dies, obwohl elf neue Projekte zu diesen KAP gestossen sind. Die zweite Staffel weist im Vergleich zur ersten Staffel im ersten Berichtsjahr einen höheren Anteil laufender bis abgeschlossener Projekte auf (53% gegenüber 39%).

²³ Übergreifende Projekte, die aus vielen Einzelprojekten bestehen, wurden als ein Projekt gezählt.

²⁴ Dabei muss beachtet werden, dass der Fortschritt auch von der Zielsetzung und der Komplexität eines Projekts abhängt. Je weniger ambitioniert die Zielsetzung festgelegt wurde und je „einfacher“ ein Projekt umzusetzen ist, desto schneller werden Fortschritte erzielt. Ebenso spielt für den Stand der Umsetzung eine Rolle, ob das Projekt im Rahmen des KAP neu gestartet wurde oder als vorbestehendes Projekt ins KAP überführt wurde.

D 3.7: STAND DER UMSETZUNG, VERGLEICH 2007/2008 UND 2008/2009 UND NACH STAFFEL



Unklarer Einfluss auf den Fortschritt der Modulprojekte

Zu 42 (von total 59) Modulprojekten der KAP der ersten Staffel sind Angaben zum Stand der Umsetzung in den beiden Erhebungsperioden 2007/2008 *und* 2008/2009 vorhanden. Anhand dieser Projekte kann der Fortschritt von Modulprojekten zwischen der ersten und der zweiten Evaluationsphase betrachtet werden. Dabei zeigt sich, dass bereits im ersten Erhebungsjahr ein grosser Fortschritt der Modulprojekte festgestellt werden konnte. So erreichte zum Beispiel fast ein Fünftel der Projekte bereits die Phasen 9 und 10.²⁵ Im aktuellen Erhebungsjahr konnten sechs Projekte abgeschlossen werden. Es besteht jedoch kein Zusammenhang mit dem Stand im ersten Jahr. So konnte ein Projekt in der aktuellen Erhebungsphase abgeschlossen werden, welches im Vorjahr erst in der Phase 2 war. Es konnte nur ein Faktor gefunden werden, welcher sich positiv auf den Fortschritt eines Modulprojekts auswirkt: Modulprojekte, welche bereits vor dem KAP existierten, befinden sich im Durchschnitt ein Umsetzungsstadium²⁶ höher als im Rahmen der KAP neu lancierte Projekte.

Abgeschlossene Modulprojekte: etwas häufiger überführte Projekte

In 10 von 16 KAP wurden bisher insgesamt 26 Modulprojekte (15%) im Rahmen des KAP abgeschlossen, wovon 16 in das KAP überführte Projekte waren.²⁷ Abgeschlossen

²⁵ Möglicherweise sind die meisten der 17 Projekte, die 2009 in den Kantonsprofilen nicht mehr erwähnt wurden, bereits abgeschlossen, daher dürfte der eigentliche Anteil vermutlich viel grösser sein.

²⁶ Umsetzungsstadien: Vorbereitung, anlaufend, laufend, weit fortgeschritten, abgeschlossen/verankert/laufendes Angebot.

²⁷ Zwei Quellen: Erstens Angaben aus Fragenkatalog: „Wurden im Rahmen des KAP bereits Projekte/Aktivitäten abgeschlossen oder werden Projekte anderweitig weitergeführt?“ Bei Bejahung wurden zusätzlich folgende Angaben erhoben: Name des Projekts, KAP-Ebene, „Existierte das Projekt bereits vor dem KAP?“ „Wurden die Projektziele erreicht?“ „Wird das Projekt unter anderer Leitung weitergeführt?“ „Ist das Projekt auf kantonaler Ebene verankert?“ „Ist eine kantonale flächendeckende Einführung geplant/beschlossen/im Gange/abgeschlossen?“

Zweitens Angaben aus den Kantonsprofilen: 9 Modulprojekte mit Phase 10 wurden im Fragenkatalog nicht erwähnt, hier aber mitgezählt.

bedeutet, dass das KAP keinen finanziellen oder organisatorischen Beitrag mehr an das Projekt leistet. Optimal ist, wenn ein Projekt auf kantonaler Ebene verankert und eine flächendeckende Einführung realisiert werden konnte oder im Gange ist. Als erfolgreich kann ein Projekt auch bezeichnet werden, das in ein laufendes Angebot unter neuer Trägerschaft überführt wurde. Es ist aber auch möglich, dass ein Projekt abgeschlossen und nicht weiter verfolgt wird, ohne dass die Projektziele zwingend erreicht worden sind.

Es liegen Angaben aus dem Fragenkatalog zu 18 abgeschlossenen Modulprojekten²⁸ vor. Demnach ...

- haben 15 der 18 Projekte (83%) die Ziele erreicht.
- konnten 8 Projekte (44%) auf kantonaler Ebene verankert werden.
- konnten 4 Projekte kantonal flächendeckend eingeführt werden und bei je 3 ist die Einführung im Gange respektive geplant. Bei 8 Projekten (44%) – davon 3 verankerten – ist keine flächendeckende Einführung geplant: Bei einigen dieser Projekte wird eine flächendeckende Einführung von der Projektleitung als unrealistisch betrachtet.
- werden 3 Projekte (17%) unter anderer Leitung weitergeführt.

3.2.4 SISTIERTE UND ABGEBROCHENE PROJEKTE

Sieben Modulprojekte wurden bisher im Rahmen der KAP abgebrochen oder sistiert, je eines in sieben KAP. Davon wurden zwei Projekte nach der Vorbereitungsphase nicht weiter verfolgt („bike2school“, bereits 2008: „Médecine scolaire“), ein Projekt wegen mangelnder Teilnahme im anlaufenden Stadium sistiert („MUKI-VAKI-Turnen für Migrantinnen und Migranten“) und je ein Projekt wegen fehlendem Bedarf (bereits 2008: „Miges Balù“ in einem Kanton) respektive wegen eines anderen Projekts in der gleichen Multiplikatorengruppe nach ersten Abklärungen nicht umgesetzt („Weiterbildung Fachfrauen“). Zu zwei weiteren Projekten fehlen die Angaben.

3.2.5 CHANCENGLEICHHEIT

Im Vergleich zur vergangenen Erhebungsperiode sind verstärkt Bemühungen der KAP im Bereich der Chancengleichheit zu verzeichnen. Von den 177 in den 16 KAP durchgeführten Modulprojekten kann bei 34 ein Chancengleichheitsaspekt ausgemacht werden. Dies entspricht einem Anteil von 19 Prozent. Von den 34 Projekten betreffen 30 (88%) Migrant/innen. Von diesen haben wiederum 18 *ausschliesslich* Ausländer/innen als Zielgruppe (wie z.B. „Miges Balù“ und „FemmesTische“). In den 12 weiteren Projekten wird mittels Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen oder durch den

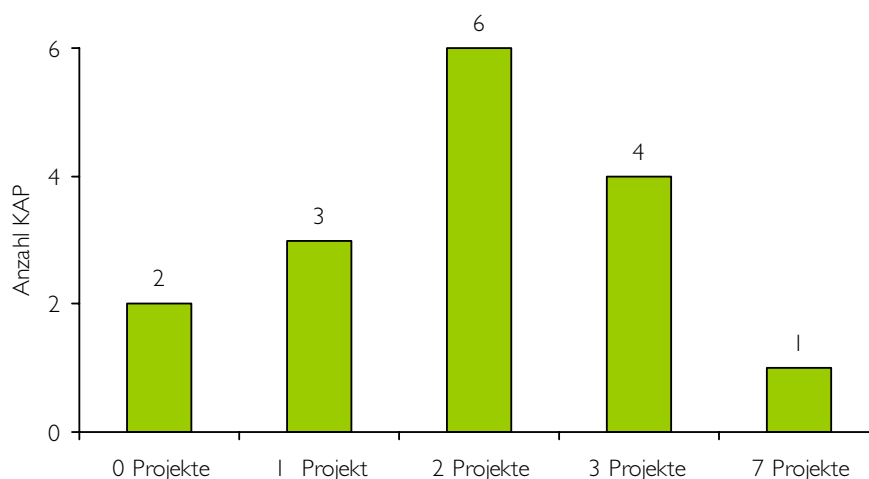
Zudem wurde auch auf der Ebene der Öffentlichkeitsarbeit und des Programmmanagements je ein Projekt/eine Aktivität abgeschlossen, auf der Ebene Policy gar drei Projekte.

²⁸ Zu 8 Modulprojekten, die im Kantonsprofil einen Stand von 10 ausweisen, befinden sich im Fragenkatalog keine weiteren Angaben.

Einsatz von interkulturellen Vermittelnden versucht, ein bestimmtes Angebot neben der einheimischen auch der ausländischen Wohnbevölkerung zugänglich zu machen. Ein typisches Beispiel dafür bilden die Züniflyer im Projekt „Tacco & Flip“. Zu den vier Projekten mit anderen Zielgruppen zählen drei, welche in Institutionen (beispielsweise einer heilpädagogischen) durchgeführt werden, die auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind. Schliesslich werden geschlechterspezifische Unterschiede im Bewegungsverhalten und die Vorlieben für bestimmte Sportarten in einem Projekt berücksichtigt.

Die Berücksichtigung der Chancengleichheit in den Modulprojekten fällt je nach KAP unterschiedlich aus, wie folgende Darstellung D 3.8 zeigt.

D 3.8: ANZAHL PROJEKTE MIT CHANCENGLEICHHEITSASPEKT PRO KAP



Quelle: Erhebung im Rahmen der Evaluationsgespräche mit den Programmverantwortlichen der KAP.

In zwei KAP werden überhaupt keine Projekte mit spezieller Berücksichtigung der Chancengleichheit durchgeführt. In einem KAP hingegen werden Migrant/innen und andere benachteiligte Bevölkerungsgruppen gleich in sieben Projekten berücksichtigt. Dieses KAP setzt trotz einem Ausländeranteil nahe des schweizerischen Durchschnitts einen Schwerpunkt bei Aktivitäten für Migrant/innen. Generell ist kein Zusammenhang zwischen Ausländeranteil in der Bevölkerung und Anzahl durchgeführter Projekte für Migrant/innen erkennbar. Im Schnitt werden in den Deutschweizer KAP mehr Projekte für Migrant/innen durchgeführt als in der Westschweiz. Dies dürfte teilweise darauf zurückzuführen sein, dass im deutschsprachigen Landesteil bewährte Projekte wie „Miges Balù“ oder neue entwickelte Projekte wie die „Informationsveranstaltungen für Migrant/innen“ bestehen, welche in der französischen Schweiz inexistent sind.

3.2.6 FAZIT ZUR MODULEBENE

Zusammenfassend können fünf zentrale Aussagen im Hinblick auf den Verlauf der Umsetzung der KAP auf der Modulebene gemacht werden.

Es wird auf Bestehendem aufgebaut

In der Erhebungsperiode 2008/2009 waren 108 verschiedene Modulprojekte in Umsetzung. Zahlreiche Projekte werden in mehreren KAP realisiert, in der Folge werden in den 16 KAP total 177 Projekte auf der Modulebene durchgeführt. Bei der Auswahl der Projekte wurden Synergien genutzt: 57 Prozent der 177 Projekte sind multiplizierte Projekte. Zusammen mit den ins KAP überführten Projekten ergibt sich ein Anteil von rund 70 Prozent, für welche kein Aufwand für die Entwicklung anfiel. Der Schwerpunkt innerhalb der Modulebene liegt nach wie vor im obligatorischen Schulbereich und dort im Setting Kindergarten.

Die Zahl der Modulprojekte scheint hoch, spiegelt aber unter anderem die Finanzierungsbedingungen von Gesundheitsförderung Schweiz wider.²⁹ Trotzdem kommen die meisten KAP gut voran: Ein Fünftel der Modulprojekte ist bereits weit fortgeschritten oder abgeschlossen. Gleichzeitig sind gut 40 Prozent der Projekte noch in der Vorbereitungs- oder in einer anlaufenden Phase, was durch den Eintritt von neun weiteren KAP in die Evaluation zu erklären ist. Erfreulicherweise wurden nur sehr wenige Projekte, nämlich sieben, abgebrochen oder sistiert.

Mehr als die Hälfte der Modulprojekte hat ein hohes Wirkungspotenzial. Die Analyse zeigt, dass mit 56 Prozent eine Mehrheit der Modulprojekte der Verhältnisprävention zugerechnet werden kann. Reine Informations- oder Sensibilisierungsaktivitäten machen weniger als ein Siebtel der Modulprojekte aus. Die Steuerung der KAP durch Gesundheitsförderung Schweiz ist in dieser Hinsicht gelungen.

Unklarheit bezüglich der Faktoren, die den Fortschritt einzelner Modulprojekte beeinflussen

Auf Basis der vorhandenen Daten lassen sich einzig zwei Muster erkennen: *Erstens* sind überführte Projekte im Schnitt um ein Stadium weiter fortgeschritten als neu im Rahmen des KAP lancierte Projekte. *Zweitens* zeigt der Vergleich der Modulprojekte der ersten Staffel sehr unterschiedliche Fortschritte über die beiden ersten Programmjahre. Vergleicht man einzig die Modulprojekte, welche in verschiedenen KAP der ersten Staffel durchgeführt werden, kann ebenfalls kein Muster erkannt werden. Daher liegt die Vermutung nahe, dass nicht die Projektkonzepte, sondern eher der Kontext für die Umsetzung bedeutend ist. Für die Bestimmung von Faktoren, die das Fortkommen der Modulprojekte beeinflussen, dürfte einerseits der Zeitpunkt noch verfrüht sein, andererseits mangelt es teilweise an einer vertieften Kenntnis der Organisation einzelner Projekte sowie des KAP-Kontextes. Schliesslich muss festgehalten werden, dass nicht primär die schnelle Umsetzung entscheidend ist, sondern eine befriedigende Zielerreichung und Nachhaltigkeit der Projekte.

Die Nachhaltigkeit der abgeschlossenen Projekte ist ungewiss

Die Bewertung hinsichtlich der Nachhaltigkeit der 15 Prozent abgeschlossener Projekte gestaltet sich als schwierig. Die grosse Mehrheit dieser Projekte hat ihre Ziele erreicht, wobei diese im Rahmen der Evaluation nicht auf deren Wirkungspotenzial untersucht wurden. Des Weiteren fehlen teilweise Angaben über das „Schicksal“ der abgeschlos-

²⁹ Um die maximale finanzielle Unterstützung auszulösen, müssen fünf vollständige Module geplant werden (vgl. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Programme_Projekte/module.php>, Zugriff am 11.5.10).

senen Projekte. Von einigen ist aber bekannt, dass sie auf kantonaler Ebene in irgendeiner Form verankert werden konnten. Bei anderen ist aber beispielsweise klar, dass keine Pläne für eine kantonale flächendeckende Einführung bestehen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass bei der Formulierung der Projektziele der Aspekt der Nachhaltigkeit nicht immer eine zentrale Rolle gespielt hat.

Die Chancengleichheit in den Modulprojekten ist leicht gestärkt, muss aber weiterhin gefördert werden

In knapp 20 Prozent der Modulprojekte wird dem Aspekt der Chancengleichheit explizit Beachtung geschenkt. Gegenüber dem letzten Berichtsjahr ist dies ein klarer Fortschritt. Einzig zwei KAP kennen keine entsprechenden Projekte. Mit wenigen Ausnahmen betreffen die Projekte die Zielgruppe der Migrant/innen. Ein Zusammenhang zwischen Ausländeranteil in der Bevölkerung und Anzahl durchgeführter Projekte für Migrant/innen ist nicht erkennbar. In Anbetracht der klaren Evidenz, dass sozial benachteiligte Gruppen stärker von Übergewicht betroffen sind, wird dem Aspekt der Chancengleichheit in den KAP nach wie vor nicht genügend Beachtung geschenkt.

3.3 EBENE POLICY

Für Gesundheitsförderung Schweiz sind strukturelle Massnahmen, zu denen Policy-Aktivitäten gehören, von zentraler Bedeutung, weil sie sektorübergreifende Lösungen und Anpassungen auf regulatorischer Ebene ermöglichen. In der Erhebungsperiode 2008/2009 erfüllten 21 Massnahmen aus 11 KAP die Kriterien, um als Policy-Aktivität zu gelten.³⁰ Verglichen mit der Vorjahresperiode ergibt dies proportional mehr als eine Verdoppelung der Projekte auf dieser Ebene. In fünf KAP wurden in diesem Jahr keine Policy-Massnahmen umgesetzt oder ihre als Policy-Massnahmen deklarierten Aktivitäten halten durch ihre definierten Ziele und die Umsetzung die geforderten Kriterien nicht ein. Ein Vergleich zwischen den Staffeln zeigt, dass vier der sieben KAP der ersten Staffel und sieben der neun KAP der zweiten Staffel Massnahmen auf der Policyebene aufweisen. Folgende Darstellung D 3.9 teilt die Policy-Aktivitäten grob in vier Kategorien ein.

³⁰ Die Kriterien für eine Einteilung als Policy-Projekt werden in Abschnitt 1.4.1 dargestellt. Bei Gesundheitsförderung Schweiz existiert eine Liste der Policy-Projekte.

D 3.9: EINTEILUNG DER POLICY-PROJEKTE

Ziel: Verankerung in ...	Beispiele	Anzahl Projekte
Gesetz, Verordnung ³¹	<ul style="list-style-type: none"> - Änderung Aus- und/oder Weiterbildungsinhalt von Multiplikator/innen - Reglement über die Verpflegungsdistriktoren an Schulen - Inhalt Lehrplan des Unterrichts der enseignants économie familiale oder der infirmières scolaires 	5
Weisungen/Richtlinien ³²	<ul style="list-style-type: none"> - Für Schulärzte/ärztinnen zu den Themen Ernährung und Bewegung - Zur gesunden Ernährung in familienergänzenden Einrichtungen - Flächendeckende Einführung Znüni-box/Burzelbaum 	5
Leistungsvereinbarungen o.Ä.	<ul style="list-style-type: none"> - Mit Mütter-/Väterberaterinnen - Mit Fachstelle Pro Juventute und Gemeindeverband 	3
Labels	<ul style="list-style-type: none"> - Fourchette verte Junior 	4
Empfehlungen (persuasiv)	<ul style="list-style-type: none"> - Für Gemeinden zur Bewegungsförderung im Wohnumfeld - Für Mahlzeitenanbieter - Für Schulärzte/ärztinnen (Zertifikat) 	4

Quelle: in Anlehnung an Häfelin, U.; Müller, G.; Uhlmann, F. (2006): Allgemeines Verwaltungsrecht, Zürich.

Wie Darstellung D 3.9 zeigt, wird mit rund der Hälfte der Policy-Aktivitäten das Ziel einer Regulation in einem Reglement oder in einer Weisung verfolgt, was eine stabile Verankerung bedeutet. Bis auf die Empfehlungen können jedoch auch die weiteren Arten der Verankerung als gut beurteilt werden. Die Angaben in der Darstellung D 3.9 entsprechen den *Zielen* der Aktivitäten. Der Stand der *Umsetzung* ist jedoch sehr unterschiedlich: Sie reicht von der Konzeptphase bis zu der implementierten Weisung, der weit fortgeschrittenen flächendeckenden Umsetzung oder kontrollierten Labels. Vor allem die Aktivitäten im Bereich „Reglemente“ sind aber schon weit fortgeschritten oder bereits abgeschlossen. Das Label „Fourchette Verte“ wird einzig in der lateinischen Schweiz umgesetzt, während eine Leistungsvereinbarung als Zielsetzung nur in der deutschen Schweiz auftritt. In den Evaluationsgesprächen wurden auch verschiedene Herausforderungen im Zusammenhang mit Policy-Massnahmen genannt:

- Die Zielerreichung von Policy-Aktivitäten kann schwierig werden, wenn die Zielgruppe Gemeinden anvisiert wird. Je nach Projekt muss mit jeder Gemeinde einzeln verhandelt werden, was einen immensen Aufwand bedeutet und in Kantonen mit vielen Gemeinden kaum zu bewerkstelligen ist.

³¹ Im Sinne eines materiellen Gesetzes (*innerhalb und ausserhalb* der Verwaltung verbindlich).

³² Im Sinne eines ausführenden, konkretisierenden Rechtssatzes (verbindliches Führungsinstrument *innerhalb* der Verwaltung).

- Eine Verankerung in einem Reglement heisst noch nicht, dass sich die Wirkung voll entfalten kann. Teilweise ist die Umsetzung der Reglemente komplex und mit Widerständen konfrontiert, was die Implementierung des Vorhabens verzögert.
- Damit die Wirkung gesichert werden kann, muss die Einhaltung der Vorgaben regelmässig überprüft werden. Dies trifft insbesondere auf die Verankerung in einem Label zu.

Um die Verbreitung des Policygedankens im Rahmen der KAP zu erfassen, wurde im Rahmen der Evaluationsgespräche der Frage nachgegangen, wie viele Modulprojekte einen Policyaspekt aufweisen. So können sich zum Beispiel Modulprojekte im Laufe ihrer Umsetzung zu eigentlichen Policy-Massnahmen entwickeln, werden aber weiterhin als Modulprojekte gezählt. Von den 177 Modulprojekten weisen 54 einen Policyaspekt auf. Dies entspricht einem Anteil von 31 Prozent. In 26 davon wurde bisher lediglich die Berücksichtigung von Policyzielen angedacht. Weitere 16 Projekte haben immerhin ein formuliertes Policyziel. In 4 Projekten ist der Policyaspekt bereits in Umsetzung und 8 Projekte entfalten bereits eine entsprechende Wirkung (vgl. Kapitel 4, Wirkungen).

3.3.1 FAZIT ZUR EBENE POLICY

Die Zahl der Policy-Aktivitäten hat deutlich zugenommen, bleibt aber gering. Dazu gibt es nur wenige Modulprojekte, bei welchen der Policyaspekt mehr als nur „angedacht“ ist. Policy-Massnahmen bergen nebst den genannten Herausforderungen bei der Konzipierung und Umsetzung besondere Schwierigkeiten. Es muss meistens eine andere (für viele Projektverantwortliche neue) Vorgehensweise gewählt werden im Vergleich zu klassischen Präventionsprojekten mit Kindern oder Multiplikator/innen als Zielgruppe. Die Bearbeitung ist häufig aufwändig; und es kann einige Zeit dauern, bis Fortschritte zu verzeichnen sind. Die Zielerreichung hängt sehr stark – wenn nicht überwiegend – von anderen Akteuren ab und ist dadurch sehr unsicher. Entstehen durch die Massnahme zusätzliche Kosten für die Öffentlichkeit, erschwert dies das Engagement von Behörden nochmals. Zudem ist unklar, inwiefern die Stellung der einzelnen KAP-Leitungen innerhalb der kantonalen Strukturen es erlaubt, Policy-Aktivitäten voranzutreiben. Diese Faktoren machen Policy-Massnahmen nicht besonders attraktiv für die Umsetzung. Es ist jedoch plausibel, dass dank einer möglichst stabilen Verankerung die Wirkung solcher Aktivitäten sehr gross sein kann, da sie fortan unabhängig von Programmen und einzelnen Personen stattfindet. Die Verbreitung des Policygedankens sollte daher weiter gefördert werden.

3.4 EBENE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme ist vielfältig. Zu den am häufigsten genutzten Kanälen für die Vermittlung von Informationen zählen die Internetseiten der KAP sowie Veranstaltungen. Viele KAP sind an Messen oder Events wie dem Slow-up mit Informationsständen präsent. Gewisse KAP-Verantwortliche halten Vorträge für interessierte Organisationen. Teilweise wurden auch eigene Veranstaltungen, beispielsweise anlässlich der Lancierung der kantonalen Aktionsprogramme, organisiert. Ebenfalls vielfach eingesetzt werden Plakate, Broschüren und Flyer. Es handelt sich dabei sowohl um Eigenproduktionen als auch um Informa-

tionsmaterialien, beispielsweise zu „Pédibus“, von Gesundheitsförderung Schweiz. Medienmitteilungen stellen ein weiteres weit verbreitetes Kommunikationsmittel dar. Sie werden in der Regel von den lokalen Zeitungen aufgegriffen. In drei Kantonen wurde zudem im Fernsehen und in vier Kantonen im Radio über das KAP berichtet. Gewisse Kantone haben zudem Artikel in Fachzeitschriften veröffentlicht oder vertreiben Newsletters. Zu den weniger genutzten Kommunikationsmitteln zählen Aufkleber, Werbegeschenke, Bücher, DVD und Filme. Einzelne Kantone verfügen nicht über genügend personelle Ressourcen, um die zeitaufwändige Öffentlichkeitsarbeit voranzutreiben. In mehrsprachigen Kantonen ist der Aufwand deutlich höher, um die gleiche Zielgruppenerreichung wie in den anderen Kantonen zu erzielen. Nach Einschätzung von Gesundheitsförderung Schweiz wird in den Kantonen insgesamt nach wie vor zu viel Informationsmaterial in Eigenregie produziert. Synergien, sei es mit anderen Kantonen, sei es mit Gesundheitsförderung Schweiz, sollten noch vermehrt genutzt werden.

In einer grossen Mehrheit der Kantone ist die breite Öffentlichkeit die Hauptzielgruppe der Kommunikationsaktivitäten der kantonalen Aktionsprogramme. Gewisse Kantone richten ihre Öffentlichkeitsarbeit ebenfalls auf Fachpersonen respektive Multiplikator/innen wie Kinderbetreuende und Mediziner/innen aus. Zwei Kantone wenden sich im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit an Politikerinnen und Politiker. In einem Kanton stellen Migrantinnen und Migranten eine wichtige Zielgruppe dar. Ein Kanton versucht zudem grosse Detailhandelsketten in die Öffentlichkeitsarbeit miteinzubeziehen.

Inhaltlich sind die kantonalen Aktionsprogramme als solche, die Themenbereiche Bewegung und Ernährung sowie einzelne Projekte Gegenstand der Öffentlichkeitsarbeit. In den meisten Kantonen wird sowohl über das kantonale Programm insgesamt als auch über dessen einzelne Bestandteile informiert. Einige KAP fokussieren ihre Öffentlichkeitsarbeit ausschliesslich oder hauptsächlich auf die Bekanntmachung der Modulprojekte. Teilweise ist es Bestandteil der Kommunikationsstrategie, jede Lancierung eines neuen Projekts zum Gegenstand einer Medienberichterstattung zu machen. Insgesamt wird in einer Mehrheit der Kantone das Umgesetzte sichtbar gemacht. Lediglich eine Minderheit der Kantone fokussiert in der Öffentlichkeitsarbeit die allgemeine Sensibilisierung zum Thema gesundes Körpergewicht.

3.4.1 FAZIT ZUR EBENE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Die Öffentlichkeitsarbeit der KAP ist in Bezug auf die genutzten Informationskanäle äusserst vielfältig. Als Hauptzielgruppe steht die breite Öffentlichkeit im Vordergrund, welche über das KAP sowie einzelne Modulprojekte informiert wird. Die Empfehlung aus dem letzten Synthesebericht, das Umgesetzte sichtbar zu machen, mit dem Ziel, die Bekanntheit und die Akzeptanz des KAP in der Bevölkerung und der Politik zu stärken, wurde von einer Mehrheit der Kantone umgesetzt. Allerdings scheint die Nutzung von bereits vorhandenem Informationsmaterial noch nicht optimal zu sein. Hier versucht Gesundheitsförderung Schweiz, die Kantone zu motivieren, vermehrt Synergien zu nutzen. Hinsichtlich der Zielgruppen der Öffentlichkeitsarbeit ist zu überlegen, ob künftig eine verstärkte Ausrichtung auf Migrant/innen sinnvoll sein könnte. Diese Zielgruppe wird durch traditionelle Kommunikationskanäle relativ schlecht erreicht und ist von der Problematik des ungesunden Körpergewichts besonders betroffen.

3.5 EBENE VERNETZUNG

Nachfolgend wird die *KAP-übergreifende* Vernetzung beschrieben. In dieser Erhebungsperiode wurde ein Schwerpunkt auf die Analyse der interkantonalen Vernetzung gelegt. Daher wird zuerst auf den Austausch zwischen den Kantonen eingegangen, bevor die Vernetzung innerhalb der Kantone beschrieben wird.

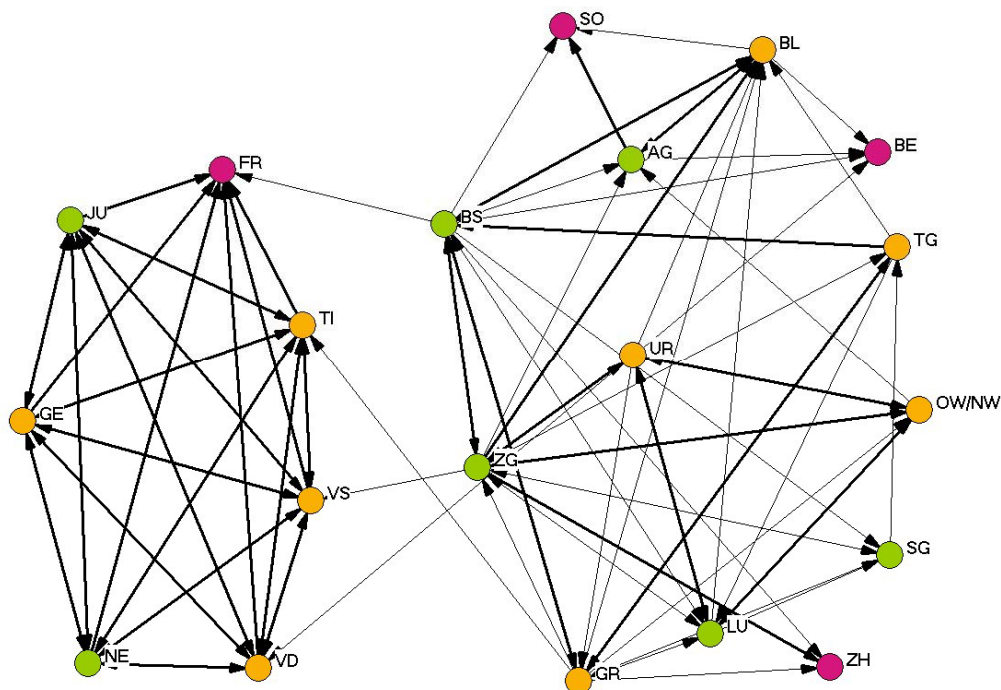
3.5.1 INTERKANTONALE VERNETZUNG

Eines der Ziele von Gesundheitsförderung Schweiz ist es, durch die KAP die interkantonale Vernetzung zu fördern. Diese soll dazu beitragen, dass die KAP gegenseitig von den Arbeiten und den gemachten Erfahrungen profitieren können. Die Grundlage für die Beurteilung der interkantonalen Vernetzungen bildet eine gezielte Frage im Rahmen der Evaluationsgespräche. Die Programmleitenden wurden gebeten, die Intensität der Kontakte anhand der Kategorien Kennen, Kontakt, Zusammenarbeit mit anderen KAP-Verantwortlichen zu beurteilen. Da die drei Kategorien relativ viel Interpretationsspielraum zulassen, sind Unterschiede hinsichtlich des Verständnisses zwischen Programmverantwortlichen möglich. Dies kann dazu führen, dass ein KAP-Verantwortlicher eine Zusammenarbeit mit einem anderen Kanton aufführt, dieser Kanton den Austausch aber nicht als Zusammenarbeit einschätzt. Die Darstellung D 3.10 zeigt alle Kontakte zwischen den KAP auf. Die drei Staffeln sind in unterschiedlichen Farben dargestellt.³³ Die Pfeile geben die Richtung der Kontakte wieder.³⁴

³³ Die Kantone der dritten Staffel wurden nicht befragt, konnten jedoch von den befragten Kantonen erwähnt werden. In der Folge können wohl Pfeile zu diesen Kantonen hinführen, jedoch keine wegführen.

³⁴ 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.

D 3.10: INTENSITÄT DER KONTAKTE ZWISCHEN DEN KAP-KANTONEN



Legende: grün: KAP 1. Staffel, gelb: KAP 2. Staffel, rot: KAP 3. und 4. Staffel. In der Darstellung wurden Kontakte mit einem mittleren (Kontakt) und einem hohen Intensitätsgrad (Zusammenarbeit) berücksichtigt. Die Kontakte sind mit einer schwachen und die Zusammenarbeit zwischen den KAP mit einer starken Linie gekennzeichnet.

Aus der Darstellung werden vier Aspekte ersichtlich, die nachfolgend aufgrund von Berechnungen der Kontaktintensität diskutiert werden. Als beschreibende Grösse wird die Anzahl der ein- und ausgehenden Beziehungen eines Akteurs errechnet.³⁵

Unterschiede in der Vernetzung zwischen Sprachregionen

Die Darstellung D 3.10 des Netzwerkes zeigt je ein Netz bestehend aus KAP der lateinischen respektive aus KAP der deutschen Schweiz, die klar voneinander abgegrenzt sind. Immerhin vier Deutschschweizer KAP stehen in Kontakt zu einem KAP in der

³⁵ Es wird eine asymmetrische Grad-Zentralität dargestellt, welche über die Summe der eingehenden Kontakte (Kontakte, die einem Akteur zugeschrieben werden) einerseits und der ausgehenden Kontakte (Kontakte, die von einem Akteur genannt werden) andererseits berechnet wird. Kontakten mit hoher Intensität (Zusammenarbeit) wird dabei als Wert eine 3 zugewiesen, Kontakten mittlerer Intensität (Kontakt) eine 2 und wenig intensiven Kontakten (Kennen) eine 1. Bei 16 KAP der ersten und zweiten Staffel beträgt damit der höchste zu erreichende Wert für die Grad-Zentralität 45 (15x3). Dieser Wert wird auf 100 standardisiert. Dies bedeutet, dass ein KAP mit jedem anderen KAP zusammenarbeitet. In die Berechnung der Grad-Zentralität wurden die KAP der dritten und vierten Staffel nicht miteinbezogen, da sie nicht zur interkantonalen Vernetzung befragt wurden. Bei Interesse können weitere Angaben zur Netzwerkanalyse bei Interface nachgefragt werden.

lateinischen Schweiz. Keine der KAP-Leitungen aus der lateinischen Schweiz gab an, sich mit einem KAP in der Deutschschweiz auszutauschen.

Unterschiede in der Vernetzung innerhalb der Sprachregionen

Eine vertiefte Analyse zeigt, dass in der lateinischen Schweiz die Kooperation besonderes gross ist. Jeder lateinische Kanton arbeitet mit den anderen KAP aus der Westschweiz und dem Tessin zusammen. Ausschlaggebend dafür sind hauptsächlich institutionelle Gründe. Bereits seit 1999 besteht die Commission prévention et promotion de la santé (CPPS) als Arbeitsgruppe des Groupement romand des services de santé publique (GRSP).³⁶ Die KAP-Verantwortlichen haben in dieser Kommission Einsitz und treffen sich mehrmals jährlich. Darüber hinaus arbeiten die lateinischen Kantone im Rahmen der KAP auch in den beiden seit mehreren Jahren bestehenden Modulprojekten „Pédibus“ und „Fourchette verte“ zusammen. Die Kantone Jura, Neuenburg und Waadt haben zudem gemeinsam zwei neue Modulprojekte lanciert. In der Deutschschweiz ist die Zusammenarbeit innerhalb der Sprachregion weit weniger ausgeprägt, obwohl auch hier – wie etwa in der Zentralschweiz – in einzelnen Regionen verstärkte Kontakte auszumachen sind.

Unterschiede in der Vernetzung einzelner KAP

Gemäss der Darstellung D 3.10 gehören die KAP Zug, Tessin, Uri, Graubünden und Basel-Stadt durch ihre Positionierung im Zentrum des Netzwerkes zu den am stärksten vernetzten Akteuren. Dieser optische Eindruck muss jedoch nach einer vertieften Analyse nuanciert werden. Vier dieser Kantone nehmen vor allem dadurch eine zentrale Position im Netzwerk ein, weil sie häufig den Kontakt zu anderen KAP suchen (ausgehende Kontakte). Dieser Wert beruht auf einer Einschätzung eines einzelnen KAP. Bei den eingehenden Kontakten reflektiert der Wert dagegen die Einschätzung aller KAP-Verantwortlichen. Er ist entsprechend als „objektiver“ einzustufen. Hier zeigt sich die zentrale Stellung des Kantons Basel-Stadt, welche auf die häufige Multiplikation der Projekte „Burzelbaum“ und „ZnüniBOX“ beidseits der Sprachgrenze zurückzuführen sein dürfte. Die hohe Anzahl eingehender Kontakte der lateinischen Kantone ist vor allem auf die starke sprachregionale Vernetzung zurückzuführen. Insgesamt können zwischen den Kantonen der ersten und zweiten Staffel keine Unterschiede im Grad der Vernetzung festgestellt werden. Nicht aus der Darstellung hervor geht die intensive Zusammenarbeit zwischen den Kantonen Ob- und Nidwalden, welche gemeinsam ein KAP umsetzen. In diesem Zusammenhang ist zudem zu erwähnen, dass ein gemeinsam durchgeführtes KAP aufwändiger ist als erwartet und die erhofften Synergien bisher noch nicht eingetroffen sind.

Unterschiede in der Vernetzung aufgrund der Bevölkerungsstärke

Es gibt einen Zusammenhang zwischen Bevölkerungsstärke und Vernetzung eines Kantons. So suchen die bevölkerungsarmen Kantone Zug, Jura und Neuenburg relativ häufig den Kontakt zu anderen KAP, dies im Gegensatz zu den bevölkerungsreichen Kantonen Genf, Aargau und St. Gallen. Die beiden Deutschschweizer KAP in den bevölkerungsreichen Kantonen Aargau und St. Gallen werden zudem selten von anderen KAP kontaktiert.

³⁶ Die CPPS arbeitete früher unter dem Namen Dispositiv intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé (DiPPS).

Zu den positiven Aspekten der überregionalen Vernetzung zählt die Möglichkeit, neue Impulse für die eigene Arbeit sowie fachliches Wissen zu gewinnen. Die Vernetzungstreffen von Gesundheitsförderung Schweiz erleichtern zudem den Zugang zu anderen Kantonen. Vereinzelt wird jedoch kritisiert, dass es auf nationaler Ebene zu viele Netzwerktreffen ohne nennenswerte neue Inhalte gibt. Von gewissen lateinischen Kantonen wurden zudem teilweise die mangelnden Übersetzungen an Veranstaltungen von Gesundheitsförderung Schweiz beanstandet.

3.5.2 KANTONALE VERNETZUNG

Die innerkantonale Vernetzung der KAP findet in der Regel auf drei Ebenen statt. Innerhalb der *kantonalen Verwaltung* arbeiten alle KAP mit dem Erziehungsdepartement zusammen. Sieben Kantone arbeiten zudem mit anderen Departementen in den Bereichen Bau, Umwelt und Wirtschaft zusammen. Mit den *Gemeinden* findet die Vernetzung grossmehrheitlich über konkrete Projekte statt. Drei Kantone können sich dabei auf bestehende Netzwerke von Verantwortlichen für Gesundheitsförderung in den Gemeinden stützen. Die *Fachorganisationen* werden entweder als Verantwortliche von Modulprojekten oder als Vertretende von Multiplikatoren- respektive Zielgruppen in die Vernetzung miteinbezogen.

In Bezug auf die innerkantonale Vernetzung lassen sich hauptsächlich vier Gefässe unterscheiden:

- *Steuergruppe*: Acht Kantone verfügen über eine Steuergruppe. Die Rolle dieser Gremien ist es, die KAP strategisch zu leiten. In vier Kantonen nehmen in dieser Steuergruppe Vertretende verschiedener kantonaler Departemente Einsitz, wobei es sich in einem Kanton um zwei Regierungsräte handelt. In drei Kantonen besteht die Steuergruppe sowohl aus Verwaltungsmitarbeitenden als auch aus Fachleuten. In einem Kanton ist zudem der Gemeindeverbund in der Steuergruppe vertreten.
- *Begleitgruppe*: Neun Kantone besitzen anstelle oder zusätzlich zur Steuergruppe eine Begleitgruppe. Zur Aufgabe dieses Gremiums gehört es, die KAP bei der Umsetzung zu beraten. In fünf Kantonen arbeiten darin ausschliesslich Fachleute. In vier Kantonen sind sowohl Verwaltungsmitarbeitende als auch Fachleute vertreten.
- *Netzwerkveranstaltungen*: In sechs Kantonen fanden bereits kantonale KAP-Netzwerkveranstaltungen statt. Ziel solcher Veranstaltungen ist es, die Teilnehmenden über das KAP zu informieren und untereinander zu vernetzen. Im Gegensatz zu den Begleitgruppen stehen solche Veranstaltungen einem breiteren Kreis von im Bereich Ernährung und Bewegung tätigen Personen und Organisationen offen. Neben Fachorganisationen zählen in gewissen Kantonen auch Mitglieder der Verwaltung und der Regierung zu den Teilnehmenden. Zusätzlich werden die Mitglieder dieser Netzwerke über Neuigkeiten im Zusammenhang mit dem KAP auf dem Laufenden gehalten.
- *Einsitz in Gremien der kantonalen Verwaltung*: Nebst den erwähnten Kanälen findet die Vernetzung in einzelnen Kantonen auch durch den Einsitz von KAP-Verantwortlichen in Gremien der kantonalen Verwaltung statt.

3.5.3 FAZIT ZUR EBENE VERNETZUNG

Die Analyse der interkantonalen Vernetzung hat eigentlich zwei Netzwerke aufgezeigt, je eines in der lateinischen und in der deutschen Schweiz, wobei die Vernetzung zwischen den lateinischen Kantonen beeindruckend ist. Die Erhebungen weisen darauf hin, dass die Vernetzung zwischen den KAP vor allem über konkrete Projekte stattfindet. Im Bereich der innerkantonalen Vernetzung sind die drei Gefässe Steuergruppe, Begleitgruppe und Netzwerkveranstaltungen am weitesten verbreitet. Insgesamt dürfte die Vernetzung innerhalb des Kantons wie auch zwischen den verschiedenen KAP zugenommen haben (verlässliche Vergleichsmöglichkeiten fehlen). Die Erfahrungen, welche bei der Umsetzung des von zwei Kantonen gemeinsam durchgeführten KAP gemacht werden, sollten sorgfältig beobachtet und ausgewertet werden.

3.6 INVESTITIONEN

Der folgende Abschnitt behandelt die Kosten der kantonalen Aktionsprogramme. Die Auswertung der Kostendaten ist mehrheitlich deskriptiver Art, da die bisher zur Verfügung stehenden Daten aufgrund der relativ kurzen Zeitspanne und der Heterogenität der Kantone nicht geeignet sind für weitergehende statistische Auswertungen. Äusserst wichtig ist der Hinweis, dass die Perspektive der ökonomischen Evaluation beschränkt ist (im buchhalterischen Terminus: Es konnte keine Vollkostenrechnung durchgeführt werden). Das Konzept der KAP, insbesondere auch Multiplikator/innen als Zielgruppen von Projekten zu wählen, stellt die ökonomische Evaluation nämlich vor eine grosse Herausforderung. Die bei dieser Art von Projekten entstehenden Kosten sind sehr schwierig zu erheben, dazu muss eine Abgrenzung vorgenommen werden. Die Problematik wird anhand des Beispiels „Weiterbildung von Multiplikator/innen“ erläutert: An einem Tag wird von einer Fachperson eine gewisse Anzahl Multiplikator/innen, zum Beispiel eine Lehrperson pro Schule, weitergebildet. Diese geben ihr gewonnenes Wissen wiederum an weitere Lehrpersonen der Schule weiter. Die Frage stellt sich nun, wo sich die Grenze der Kosten befindet, welche dem KAP belastet werden sollen: Bei der Fachperson, bei den Multiplikator/innen oder gar erst bei den anderen Lehrpersonen, welche durch die weitergebildete Person informiert werden? Bei den KAP wurde die Grenze früh, nämlich bei der Fachperson, gezogen. Der Aufwand, welcher bei den an der Weiterbildung Teilnehmenden entsteht, sowie die darüber hinaus gehenden Kosten werden nicht miteinbezogen. Diese nicht berücksichtigten Kosten können allerdings sehr hoch ausfallen. In der Folge muss bei der Interpretation der Resultate bedacht werden, dass die erwähnten Faktoren zu Verzerrungen der hier ausgewiesenen Zahlen führen können. Aus diesem Grund müssen sie mit einer gewissen Distanz und insbesondere zusammen mit den qualitativen Ergebnissen interpretiert werden.

3.6.1 WAS KOSTEN DIE KAP?

Die evaluierten KAP haben in der letzten Periode insgesamt CHF 7'475'516.– an *direkten* finanziellen Mitteln gekostet.³⁷ Von diesen Kosten haben die Kantone CHF 4'762'716.– selbst getragen, CHF 2'712'800.– wurden von Gesundheitsförderung Schweiz beigesteuert. Im Vergleich zum Vorjahr sind die durchschnittlichen Ausgaben

³⁷ Inklusive Gemeinkostenaufschlag von in der Regel 50% auf die Personalkosten erhöhen sich die Kosten um 21 Prozent auf CHF 9'045'374.–.

pro KAP von CHF 409'172.– auf CHF 565'381.– angestiegen. Einerseits wurde in den Kantonen der zweiten Staffel mehr investiert als in den Kantonen der ersten Staffel, andererseits haben aber auch die Investitionen der Kantone der ersten Staffel gegenüber dem Vorjahr klar zugenommen.

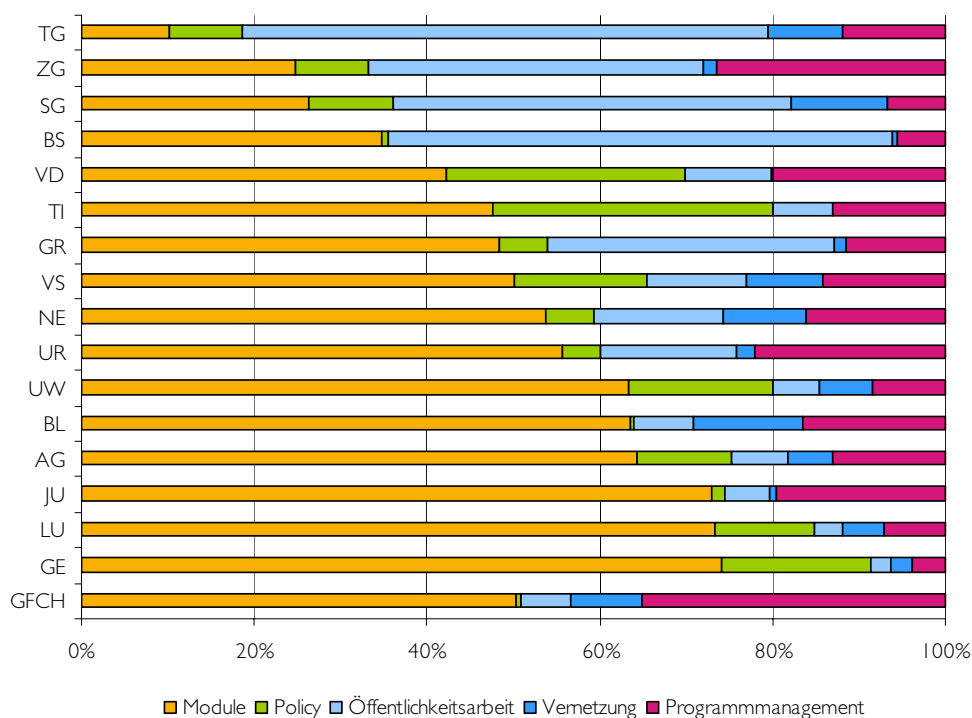
KAP-Kosten je Kind und Jugendliche/n

In der aktuellen Periode wurde im Durchschnitt aller Kantone mit knapp CHF 14.– deutlich mehr pro Kind und Jugendliche/n investiert als im Vorjahr (CHF 12.–). Der Umfang der Kosten pro Kind/Jugendliche/n variiert allerdings stark zwischen den KAP. Ohne Effektivitätsmessungen kann jedoch keine Aussage darüber gemacht werden, ob höhere Kosten auch zu mehr Erfolg führen.

3.6.2 VERTEILUNG DER KOSTEN AUF DIE KAP-EBENEN

Das Balkendiagramm in der Darstellung D 3.11 vergleicht die Verteilung der Ressourcen innerhalb eines KAP.

D 3.11: VERTEILUNG DER RESSOURCEN AUF DIE VERSCHIEDENEN EBENEN 2008/2009



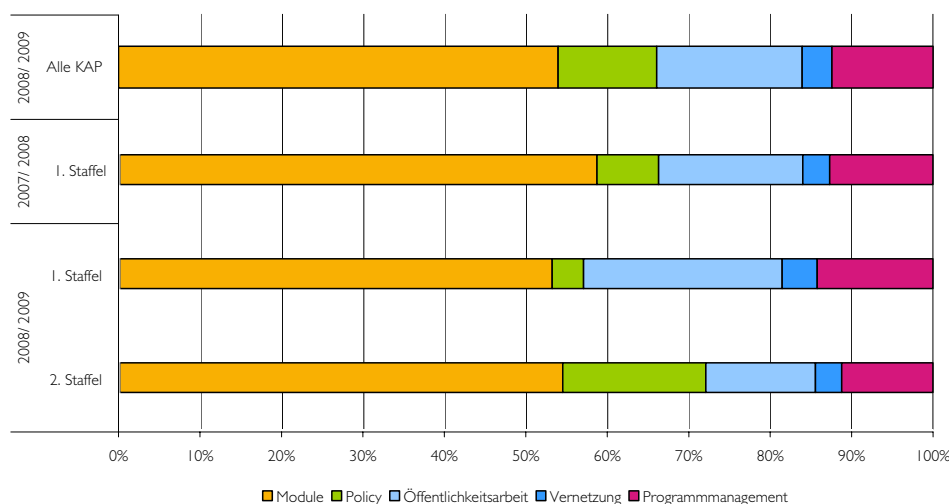
Legende: GFCH: Gesundheitsförderung Schweiz; UW: Unterwalden (Kantone Ob- und Nidwalden).

Quelle: Kostenreportings der KAP sowie Angaben von Gesundheitsförderung Schweiz, ausgewertet durch das WIG.

Die einzelnen KAP weisen sehr unterschiedliche Kostenstrukturen auf, wobei der Schwerpunkt bei den meisten Kantonen auf der Modulebene liegt. Die vier Kantone mit dem kleinsten Anteil auf der Modulebene tätigen grosse Ausgaben für Öffentlichkeitsarbeit. Umgekehrt ist der Anteil für Öffentlichkeitsarbeit in denjenigen Kantonen tendenziell eher tief, in denen das meiste Geld für Module ausgegeben wird. Der Anteil

des Programmmanagements fällt ebenfalls sehr unterschiedlich hoch aus. Hier dürften massgebliche Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen, was unter Programmmanagement abgerechnet wird. Es lässt sich zudem kein systematischer Zusammenhang zwischen der absoluten Grösse eines KAP und dem Anteil des Programmmanagements beobachten. Es konnte somit nicht nachgewiesen werden, dass die Kosten für das Programmmanagement konstant bleiben und die Administration grosser Programme deshalb kostengünstiger ist.

D 3.12: VERTEILUNG DER GESAMTKOSTEN* AUF DIE 4 KAP-EBENEN UND DAS PROGRAMMMANAGEMENT 2008/2009



*: Ohne Kosten von Gesundheitsförderung Schweiz intern.

Quelle: Kostenreportings der KAP, ausgewertet durch das WIG.

In der Darstellung D 3.12 wird sichtbar, dass die Kantone der zweiten Staffel deutlich mehr finanzielle Ressourcen in die Policyebene investierten als die Kantone der ersten Staffel, welche ihrerseits mehr Ausgaben für die Öffentlichkeitsarbeit tätigten. Bei diesen Angaben ist zu bedenken, dass die Verteilung der Kosten nicht unbedingt den Umfang der Aktivitäten widerspiegelt.

Verteilung der Kosten auf einzelne Modulprojekte

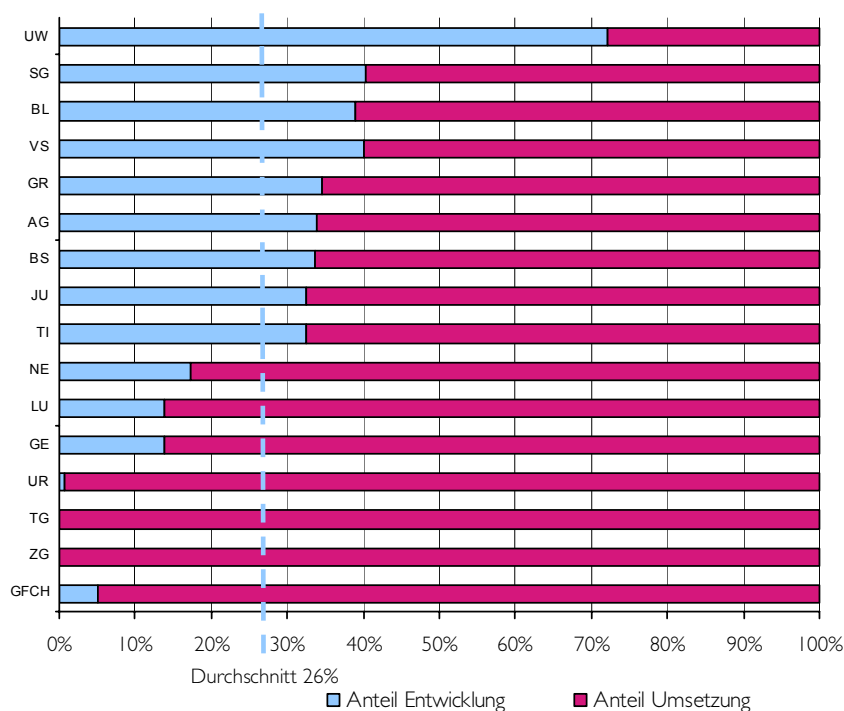
Auf Basis der Kostenerfassungen der einzelnen KAP kann (über alle KAP betrachtet) die Konzentration der Investitionen auf einzelne Projekte analysiert werden. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es einige wenige sehr aufwändige und viele wenig kostenintensive Modulprojekte gibt. So vereinen die fünf teuersten Projekte über ein Drittel der Kosten der Modulebene auf sich.³⁸ Folgende Gründe konnten eruiert werden: Eines dieser Projekte wird in zehn KAP umgesetzt. Die anderen werden zwar nur in jeweils einem KAP durchgeführt, sind aber sehr breit angelegt. Oder die Kosten widerspiegeln die Struktur eines einzelnen Projekts („rundum fit“ besteht beispielsweise aus 13 Teilprojekten).

³⁸ „rundum fit“, „Purzelbaum“/“Youp'la bouge“, „Consultation parents-enfants“, „Schulzahnpflege“ und „Fourchette Verte“.

3.6.3 UMSETZUNGS- UND ENTWICKLUNGSKOSTEN DER MODULPROJEKTE

Wie Darstellung D 3.13 zeigt, weisen die KAP sehr unterschiedlich hohe Entwicklungskosten für die Modulprojekte aus. Dazu muss jedoch festgehalten werden, dass erstens die Grenze zwischen Entwicklungs- und Umsetzungskosten nicht immer klar eruiert werden kann, und zweitens die Adaptionskosten, welche bei der Multiplikation eines Projektes anfallen, per Definition nicht Teil der Entwicklungskosten sind.

D 3.13: ANTEIL ENTWICKLUNG UND ANTEIL UMSETZUNG AN DEN KOSTEN DER MODULPROJEKTE 2008/2009



Legende: GFCH: Gesundheitsförderung Schweiz; UW: Unterwalden (Kantone Ob- und Nidwalden); keine Daten für den Kanton Waadt vorhanden.

Quelle: Kostenreportings der KAP sowie Angaben von Gesundheitsförderung Schweiz, ausgewertet durch das WIG.

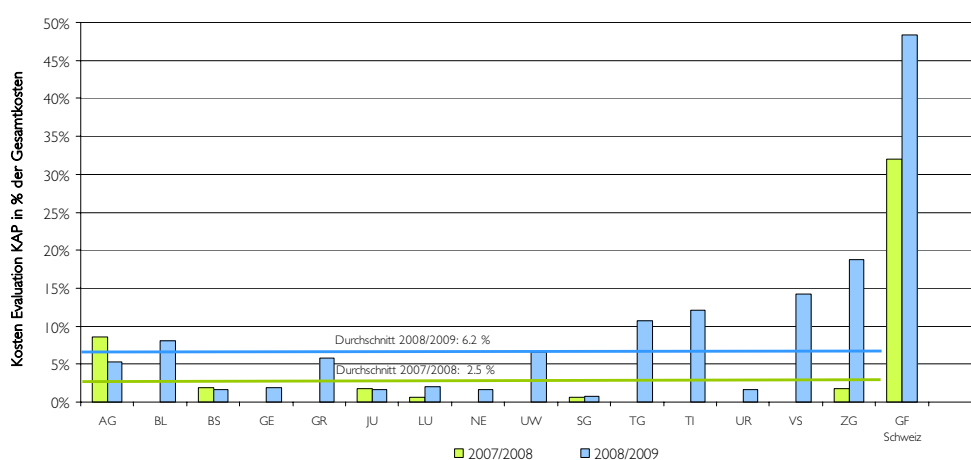
Im Vergleich zur Vorperiode ist in allen Kantonen ausser in Basel-Stadt der Anteil der Entwicklungskosten gesunken. Im Durchschnitt aller Kantone macht der Entwicklungsaufwand noch 26 Prozent (Vorperiode 43%) der Ausgaben auf der Modulebene (ohne Evaluationskosten) aus. Wird nach KAP-Ebenen differenziert, liegt der Anteil des Entwicklungsaufwands vor allem in der Öffentlichkeitsarbeit hoch. In absoluten Beträgen entstehen aber in den Modulprojekten die grössten Entwicklungskosten.

3.6.4 KOSTEN FÜR DIE EVALUATION

In der Erhebungsperiode 2008/2009 macht der Evaluationsaufwand im Durchschnitt aller KAP rund 6,2 Prozent der Gesamtkosten aus (vgl. Darstellung D 3.14). Dies entspricht mehr als einer Verdoppelung im Vergleich zum Zeitraum 2007/2008. Knapp

der Hälfte der Kantone sind Evaluationskosten im Umfang von bis zu 3 Prozent der Gesamtkosten entstanden, jedoch weisen fünf Kantone überdurchschnittlich hohe Evaluationskosten aus. So liess der Kanton Zug beispielsweise die Projekte „Purzelbaum“ und „Kidz-Box“ extern evaluieren. Bei Gesundheitsförderung Schweiz war die Evaluation einer der Schwerpunkte in dieser Erhebungsperiode, was sich auch in einem gestiegenen Anteil der Evaluationskosten ausdrückt. Insbesondere investierte Gesundheitsförderung Schweiz CHF 160'000.– oder 24 Prozent der Evaluationsausgaben in die vertiefte Evaluation von fünf Modulprojekten.³⁹

D 3.14: AUFWAND DER KAP FÜR DIE EVALUATION IN PROZENT DER GESAMTKOSTEN



Legende: UW: Unterwalden (Kantone Ob- und Nidwalden); keine Daten für den Kanton Waadt vorhanden.
Quelle: Kostenreportings der KAP sowie Angaben von Gesundheitsförderung Schweiz, ausgewertet durch das WIG.

Aufwand GFCH: bezogen auf ein Total von Fr. 657'000.- (Kosten GFCH, ohne direkte Beiträge an die Kantone, vgl. S. 21)

3.6.5 FAZIT ZU DEN INVESTITIONEN

Zusammenfassend verdienen aus der vergleichenden Analyse der Investitionen nachfolgende Aspekte besondere Erwähnung oder werden für die Weiterentwicklung der KAP zur Diskussion gestellt:

- *Höhe der Kosten:* Es wurde in der aktuellen Periode deutlich mehr in die KAP investiert als im Jahr zuvor. Die Kosten der KAP variieren aber sowohl absolut wie auch pro Kopf stark zwischen den Kantonen. Die Höhe der Ausgaben lässt aber in keiner Form Rückschlüsse auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu.
- *Aufteilung auf die Ebenen:* Im Vergleich zur Vorperiode hat die Policyebene an Gewicht gewonnen. Vor allem die Kantone der zweiten Staffel geben einen beträchtlichen Teil ihrer Mittel für Policy-Massnahmen aus. Die Kantone der ersten Staffel haben hingegen die Öffentlichkeitsarbeit auf Kosten der Modul- und Policy-Projekte ausgebaut. Der relativ geringe Anteil der Kosten auf der Policyebene

³⁹ Rundum fit; Enfants, fruits et légumes; Weiterbildungen von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen; Kidz-Box; Youp'là bouge.

bedeutet nicht, dass diese Ebene vernachlässigt wird. Unter Policykosten fällt nämlich nur der Aufwand für die Umsetzung der Policy-Massnahmen im Rahmen des KAP an, nicht aber die Folgekosten dieser Aktivitäten (z.B. für die Umsetzung von Richtlinien). Grundsätzlich lässt sich die Verteilung der KAP-Kosten auf die verschiedenen Ebenen nicht abschliessend bewerten, da keine Referenzwerte bestehen. Es kann aber festgehalten werden, dass der Aufwand für die Modulebene von gut 50 Prozent der Gesamtkosten nicht übertrieben erscheint in Anbetracht der grossen Zahl von Projektumsetzungen. Zudem muss die Verteilung der finanziellen Ressourcen immer auch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ausgangslagen in den Kantonen betrachtet werden.

- *Aufteilung in Entwicklung und Umsetzung:* Der relative Anteil der Entwicklungskosten hat im Vergleich zu 2007/2008 insgesamt deutlich abgenommen. Der Anteil der Entwicklungskosten an den Ausgaben auf der Modulebene schwankt allerdings ausserordentlich stark zwischen den Kantonen. Die Ausgaben für die Entwicklung von Modulprojekten dürften jedoch noch viel höher ausfallen, wenn Gesundheitsförderung Schweiz nicht das Multiplizieren von Projekten und die interkantonale Vernetzung fördern würde.
- *Evaluation:* In der Gesamtkonzeption der KAP wird empfohlen, 10 Prozent der Investitionen für die Beteiligung am Wirkungsmanagement einzusetzen. Dieser Wert entspricht der gängigen Regel, wie sie beispielsweise auch beim Bundesamt für Gesundheit angewendet wird. Der Evaluationsaufwand der KAP beläuft sich in der Erhebungsperiode 2008/2009 im Durchschnitt auf gut 6 Prozent der KAP-Investitionen und ist gegenüber der letzten Periode um mehr als das Doppelte gestiegen. Diese Steigerung ist vor allem durch hohe Kosten in wenigen Kantonen bedingt, wenn beispielsweise ein spezieller Evaluationsaufwand betrieben wird, der auch anderen Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz zu Gute kommt. Allerdings sind die Gründe nicht in jedem Fall bekannt.

3.7 ZUSAMMENFASSENDES FAZIT ZUR UMSETZUNG

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich nach zwei Jahren in den 16 KAP der ersten und zweiten Staffel 108 verschiedene *Modulprojekte* in der Umsetzung befinden. Zahlreiche dieser Projekte werden in mehreren KAP realisiert, in der Folge werden total 177 Projekte auf der Modulebene durchgeführt. Dabei wurde auf Bestehendem aufgebaut: Für rund 70 Prozent der Projekte fielen keine Entwicklungskosten an, da sie entweder multipliziert wurden oder bereits vor dem KAP bestanden. Deutlich mehr als die Hälfte der Projekte kann der Verhältnisprävention zugerechnet werden und hat dementsprechend ein hohes Wirkungspotenzial. Der Fortschritt in den Projekten kann als gut beurteilt werden. Ein Fünftel der Projekte ist bereits weit fortgeschritten oder abgeschlossen. Bei der Nachhaltigkeit der Projekte bestehen jedoch Fragezeichen. So gibt es bei einem beträchtlichen Teil der abgeschlossenen Modulprojekte keine Pläne für eine flächendeckende kantonale Einführung. Die Chancengleichheit wird zwar in 20 Prozent der Modulprojekte berücksichtigt, vorzugsweise in Bezug auf Migrant/innen. In Anbetracht der klaren Evidenz, dass sozial benachteiligte Gruppen stärker von Übergewicht betroffen sind, sollte dieser Aspekt aber noch vermehrt gefördert werden.

Die Zahl der *Policy-Aktivitäten* hat deutlich zugenommen, bleibt aber gering. Insbesondere bei Modulprojekten mit einem Policyaspekt fehlen häufig noch konkrete Umsetzungsschritte. Die Gründe dürften vor allem in der für Projektverantwortliche weniger vertrauten Vorgehensweise liegen. Zudem muss genauer analysiert werden, welche Befugnisse und Möglichkeiten die einzelnen KAP-Leitungen aufgrund ihrer Position innerhalb der kantonalen Strukturen im Policybereich überhaupt haben.

Auf der Ebene *Öffentlichkeitsarbeit* sind äusserst vielfältige, auf die breite Öffentlichkeit ausgelegte Kommunikationsaktivitäten zu verzeichnen. Die Empfehlung aus dem letzten Synthesebericht, vermehrt das Umgesetzte sichtbar zu machen, wurde von einer Mehrheit der Kantone berücksichtigt. Allerdings könnten noch vermehrt Synergien genutzt werden bei der Produktion von Informationsmaterialien. Zudem ist zu überlegen, ob künftig auch in der Öffentlichkeitsarbeit eine verstärkte Ausrichtung auf Migrant/innen sinnvoll sein könnte.

Die Analyse der *Vernetzungstätigkeiten* zeigt, dass sich in der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz je eigene Netze herausgebildet haben, die untereinander nur wenig Austausch haben. Die Gründe konnten nicht genauer eruiert werden. Insgesamt dürfte die Vernetzung innerhalb des Kantons wie auch zwischen den verschiedenen KAP zugenommen haben (verlässliche Vergleichsmöglichkeiten fehlen). Es ist hervorzuheben, dass in der Westschweiz drei Kantone gemeinsam Projekte lancieren und in der Deutschschweiz zwei Kantone gemeinsam ein KAP durchführen. In Letzterem sind allerdings die erhofften Synergien noch nicht eingetroffen.

3.7.1 FÖRDERNDE UND HEMMENDE FAKTOREN

In der ersten Evaluationsphase wurden bereits einige fördernde und hemmende Aspekte für eine erfolgreiche Umsetzung des KAP genannt.⁴⁰ Als fördernde Faktoren wurden *viel Goodwill und offene Türen* im politisch-administrativen Umfeld und bei Multiplikator/innen herausgehoben, *sorgfältige und vertiefte Analysen* im Rahmen der Projektkonzeption und ein *zunehmender kantonaler Austausch*. Diese Stärken sind nach wie vor gültig, ausser dass in der aktuellen Erhebungsperiode nicht näher überprüft wurde, inwiefern Vorabklärungen bei der Konzeption von Projekten immer noch einen hohen Stellenwert haben. Bei den hemmenden Faktoren wurde primär die *Kehrseite der Vernetzung* genannt, die sich in Abhängigkeit von Projektpartnern und in negativer Beeinflussung der Prozesse wie einer Verlangsamung äussern kann. Zudem wurde im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der KAP *die Konzentration auf die Modulebene* als Problem erwähnt. Auch diese zwei Aspekte sind nach wie vor aktuell, wobei insbesondere der Punkt der Nachhaltigkeit betont werden muss. Die erwähnten Faktoren können in der zweiten Evaluationsphase durch folgende Punkte ergänzt werden:

Fördernde Faktoren

- *Eine gute Organisation und Vernetzung des KAP steigert die Effizienz der Umsetzung*: Ein wichtiger Aspekt ist dabei einerseits die Kompetenz und andererseits die Erfahrung der Programmleitung. Diese erleichtern eine gute Koordination der komplexen KAP und eine klare und sinnvolle Aufgabenteilung. Letztere kann

⁴⁰ Vgl. Interface (2009): Evaluation Kantonale Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht, Zwischensynthese der Selbstevaluationen, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Luzern, S. 37–39.

durch den Kontext mit beeinflusst sein und liegt nicht in allen KAP in der Kompetenz der Programmleitung. Zentral ist weiter nach Angaben der Programmleitungen die Nutzung von Synergien durch die Übernahme bestehender Materialien und durch Vernetzung. Auf diese Weise kann beispielsweise von den Erfahrungen aus anderen KAP profitiert werden, was die Effizienz der Umsetzung steigert. Kleine Kantone profitieren zudem von „kurzen Wegen“, da sich die wichtigsten Akteure im Bereich Bewegung und Ernährung eher kennen als in grossen Kantonen.

Starke Partner entlasten die Programmleitung: Organisationen, vor allem auf nationaler Ebene, welche über Erfahrung und ausgebaute Strukturen verfügen, erleichtern und beschleunigen die Projektrealisierung nach Aussagen der KAP-Leitungen und Gesundheitsförderung Schweiz deutlich. Beispiele dafür sind „FemmesTische“, „Open Sunday“, „Midnight Basket“, „Miges Balù“, „Fourchette verte“ und „Burzelbaum“.

- *Eine hohe Planungssicherheit fördert eine qualitativ gute Umsetzung der KAP:* Die finanzielle Planungssicherheit über mehrere Jahre, wie sie Gesundheitsförderung Schweiz ermöglicht, wird in den Kantonen als in hohem Mass förderlich wahrgenommen. Die *finanziellen* Ressourcen im Rahmen des KAP werden zudem als ausreichend beurteilt. Ebenfalls zur Planungssicherheit trägt ein hoher Grad an Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit mit Projektpartnern bei. Für die Unterstützung der KAP *innerhalb* der Kantone ist es zudem zentral, dass mit Gesundheitsförderung Schweiz ein grosser nationaler Akteur hinter der KAP-Strategie steht.
- *Gute Qualität der Materialien erhöht die Wirksamkeit der Öffentlichkeitsarbeit:* Mehrmals wurde erwähnt, dass eine gute Qualität der Informationsmaterialien, die Kompetenz und Erfahrung der Programmleitung in der Öffentlichkeitsarbeit, aber auch der Beizug von Kommunikationsexperten sich positiv auf die Öffentlichkeitswirksamkeit auswirken.

Hemmende Faktoren

- *Knappe personelle Ressourcen verzögern die Umsetzung:* Dies ist klar der am häufigsten genannte hemmende Faktor. Das KAP wird zum Teil als „mit Projekten überfrachtet“ bewertet, insbesondere in Anbetracht der vorhandenen personellen Ressourcen, welche teilweise als unzureichend eingeschätzt werden. Dieses Ungleichgewicht hängt unter anderem mit den Finanzierungsbedingungen von Gesundheitsförderung Schweiz zusammen. Der finanzielle Beitrag steigt mit den vollständigen Modulen, welche die KAP-Konzepte aufweisen. Einige Kantone haben daher möglicherweise umfangreichere Konzepte entwickelt, als dass sie mit den vorhandenen personellen Ressourcen bewältigen können.
- *Schwieriger Zugang zu gewissen Zielgruppen hemmt die Umsetzung:* Dieses Problem betrifft vor allem die Zielgruppen *Gemeinden* und *sozial benachteiligte Gruppen*. Auf der Gemeindeebene sind je nach Kanton für die Umsetzung des KAP wichtige Zuständigkeiten angesiedelt. In der Folge muss häufig jede Gemeinde einzeln überzeugt werden, um KAP-Aktivitäten umsetzen zu können. Der Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen (im Rahmen der KAP sind es in erster Linie Migrant/innen) ist um einiges aufwändiger im Vergleich zu anderen Zielgruppen. Dies behindert die Umsetzung von Projekten im Bereich Chancengleichheit.

- *Erhoffte Synergien in der Programmleitung (noch) nicht eingetroffen:* Dieser Punkt betrifft nur ein einzelnes KAP, kann aber wegweisenden Charakter für die KAP-Strategie haben. Im einzigen bikantonalen KAP haben sich die erwarteten Synergien bisher nicht erfüllt. Teilweise verdoppelte sich gar der Aufwand wegen der unterschiedlichen Strukturen und den damit verbundenen Zuständigkeiten in den beiden Kantonen.

4 ERSTE HINWEISE AUF WIRKUNGEN

Dieses Kapitel ist den Fragestellungen zur Zielgruppenerreichung und weiteren Wirkungen gewidmet. Sie können im Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz auf der Ebene B, in wenigen Fällen auch auf der Ebene C verortet werden.⁴¹ Wir präsentieren zunächst die Resultate zur Zielgruppenerreichung, bevor wir kurz auf die Wirkungsentfaltung eingehen.

4.1 ZIELGRUPPENERREICHUNG

Die Datenlage erlaubt in erster Linie eine Berechnung der Zielgruppenerreichung von *Modulprojekten*. Jedes Modulprojekt kennt eine oder mehrere Zielgruppen, was addiert zu 235 definierten Zielgruppen (bei 177 Projekten) führt. Von diesen 235 Zielgruppen wurden 28 Prozent noch nicht erreicht, weil die Projekte noch in einem frühen Stadium der Umsetzung stecken. Bei 32 Prozent ist die genaue Anzahl erreichter Personen respektive Institutionen nicht zu eruieren oder es fehlt eine kantonale Bezugsgrösse. Es verbleiben somit 40 Prozent (93) der Zielgruppen von Modulprojekten, für welche die Erreichung berechnet werden kann. Das heisst, dass die Anzahl an einem Projekt teilnehmender Personen oder Institutionen bekannt ist. Gleichzeitig ist eine kantonale Bezugsgrösse auf Basis von Angaben des Bundesamts für Statistik, von kantonalen Ämtern, von Projektleitenden oder von Schätzungen der KAP-Verantwortlichen vorhanden.

D 4.1 ZIELGRUPPENERREICHUNG IN DEN MODULPROJEKTEN

Modulebene	Anzahl Zielgruppen	In Prozent
Zielgruppe noch nicht erreicht	66	28%
Zielgruppenerreichung nicht berechenbar	76	32%
Zielgruppenerreichung bekannt	93	40%
Total	235	100%

Quelle: Evaluationsgespräche und Selbstevaluationsraster.

Nebst den 93 Zielgruppen von Modulprojekten kann für neun Policy-Projekte die Zielgruppenerreichung berechnet werden. Zur Illustration zeigt die folgende Darstellung D 4.2 tabellarisch einige Beispiele von Zielgruppenerreichungen auf.⁴²

⁴¹ Vgl. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Tipps_Tools/ergebnismodell.php>, Zugriff am 10.7.10.

⁴² Die vollständigen Tabellen befinden sich im Anhang A4.

D 4.2: BEISPIELE ZUR ZIELGRUPPENERREICHUNG

Setting	Zielgruppen	Anzahl	Anzahl KAP	Bezugsgrösse in Kantonen	%
Schule	Kindergartenkinder/ Primarschüler/innen	54'823	12	291'281	19%
	Lehrpersonen	806	7	8'891	9%
Beratung	Mütterberater/innen	25	4	50	50%
Ausserfamiliäre Kinderbetreuung	Tageseltern/ Kleinkinderzieher/innen	322	2	485	66%
	Krippen/Kindertagesstätten/ Mittagstische	329	6	1'495	22%

Quelle: Evaluationsgespräche und Selbstevaluationsraster.

Die aktuelle Datenlage ermöglicht einen ersten Überblick über die Zielgruppenerreichung der KAP. Aus den dargestellten Zahlen (vgl. vollständige Übersicht im Anhang A4) gehen jedoch die teilweise beträchtlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Projekten bei der Zielgruppenerreichung nicht hervor. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass Projekte mit Policycharakter eine besonders hohe Zielgruppenerreichung haben. Dabei kann es sich entweder um eigentliche Policies handeln oder um Modulprojekte, die sich im Laufe der Umsetzung zu eigentlichen Policy-Projekten entwickelt haben. In einzelnen Projekten konnte eine kantonale flächendeckende Einführung realisiert werden, was eine maximale Zielgruppenerreichung ermöglicht. Weiter geht aus den Gesprächen mit den Verantwortlichen in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz jedoch hervor, dass insbesondere Mütter-/Väterberaterinnen sehr motiviert für die Anliegen der KAP sind. Sie wurden bisher allgemein noch wenig durch Projekte der Gesundheitsförderung anvisiert, stellen nun aber in einigen KAP eine zentrale Zielgruppe dar und erfahren dadurch auch eine Wertschätzung. Allerdings erschweren die vorhandenen Strukturen (häufig Gemeinden oder Vereine) die Umsetzung und machen sie entsprechend aufwändig.

Anders verläuft die Zielgruppenerreichung im Schulbereich. Hier verstärkte sich in der Erhebungsperiode 2008/2009 der Eindruck, dass die Schulen in der Tendenz schwierig zu erreichen sind oder die Projekte nicht den gewünschten Fortschritt erzielen. Es zeigte sich, dass die kantonalen Bildungsdepartemente häufig offen sind für das Thema gesundes Körpergewicht. Die Widerstände entstehen bei der Lehrerschaft, welche durch Schulreformen und andere Projekte absorbiert sind. Insbesondere sind die Lehrpersonen skeptisch gegenüber Projekten, welche ein starkes zusätzliches Engagement verlangen, wie dies zum Beispiel in komplexeren und partizipativen Projekten der Fall ist. Nebst der Forderung nach einem hohen Engagement sind weitere Gründe für eine tiefe Zielgruppenerreichung auszumachen:

- *Frühe Phase der Projektumsetzung:* Im Laufe der Projektentwicklung sollte hier die Zielgruppenerreichung zunehmen.
- *Einmalige Aktionen für eine limitierte Anzahl Personen respektive Institutionen:* Die Limitierung der Umsetzung und der Teilnehmerzahl kann einerseits durch finanzielle und andererseits durch konzeptionelle Gründe bedingt sein. Darunter

sind auch so genannte Türöffnerprojekte zu finden, welche beispielsweise einzelne Schulen zu Anstrengungen im Bereich der Verhältnisprävention animieren wollen.

- *Aufwändiger Zugang zur Zielgruppe:* Dies kann häufig bei Projekten mit der Zielgruppe Migrant/innen beobachtet werden.

4.2 WIRKUNGEN BEI DEN ZIELGRUPPEN

Die Wirkungen wurden im Rahmen der Evaluationsgespräche erfasst und im Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz eingeordnet. Auf der Modulebene wurden lediglich Projekte mit einem Umsetzungsstand von acht und mehr für die Beurteilung der Wirkungen berücksichtigt. Diese mussten zudem in Form von Daten oder Schätzungen zur Anzahl erreichter Personen, durch Befragungen von Teilnehmenden oder Evaluationen nachgewiesen werden. Die meisten Kantone versuchen zum jetzigen Zeitpunkt, die *Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten* (Ebene B des Ergebnismodells)⁴³ positiv zu verändern. Folgende Darstellung D 4.3 gibt einen Überblick über die Wirkungen, welche in den KAP nachgewiesen werden konnten.

D 4.3: POSITIVE VERÄNDERUNGEN VON EINFLUSSFAKTOREN, DIE AUF DIE GESUNDHEITSDETERMINANTEN WIRKEN

Wirkung*	Anzahl KAP	Beispiele
Angebot ist bekannt	14	Rund um Fit (LU), Youp'la bouge (JU), etc.
Hohe Zufriedenheit mit dem Angebot	4	Projet pilote dans les crèches (NE), Kidz-Box (ZG), etc.
Verankerung	3	Znüniobox (BS), Fourchette verte des tous-petits (GE), etc.
Verbesserung Fachkompetenzen	3	Kindergartenforum (AG), Mouvement et goût en bon équilibre (TI), etc.
Politisches Engagement	12	Programme d'éducation nutritionnelle (JU), Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton und der Mütter- und Väterberatung (neu: Integration der motorische Entwicklung, Beratung von Eltern bis 6-jähriger Kinder) (ZG), etc.
Vernetzungsorgane	13	Steuergruppe (8 KAP), Begleitgruppe (9 KAP), etc.
Mobilisierung Fachorganisationen	15	Einbezug von Vertretenden der Zielgruppen und Multiplikatoren in die Begleitgruppe (TG), Netzwerktreffen mit Vertretenden von 31 Institutionen aus Ernährung und Bewegung (VD), etc.
Kompetenzsteigerung bei Kindern/Jugendlichen	3	Burzelbaum (ZG), Sant"e"scalade (GE), etc.

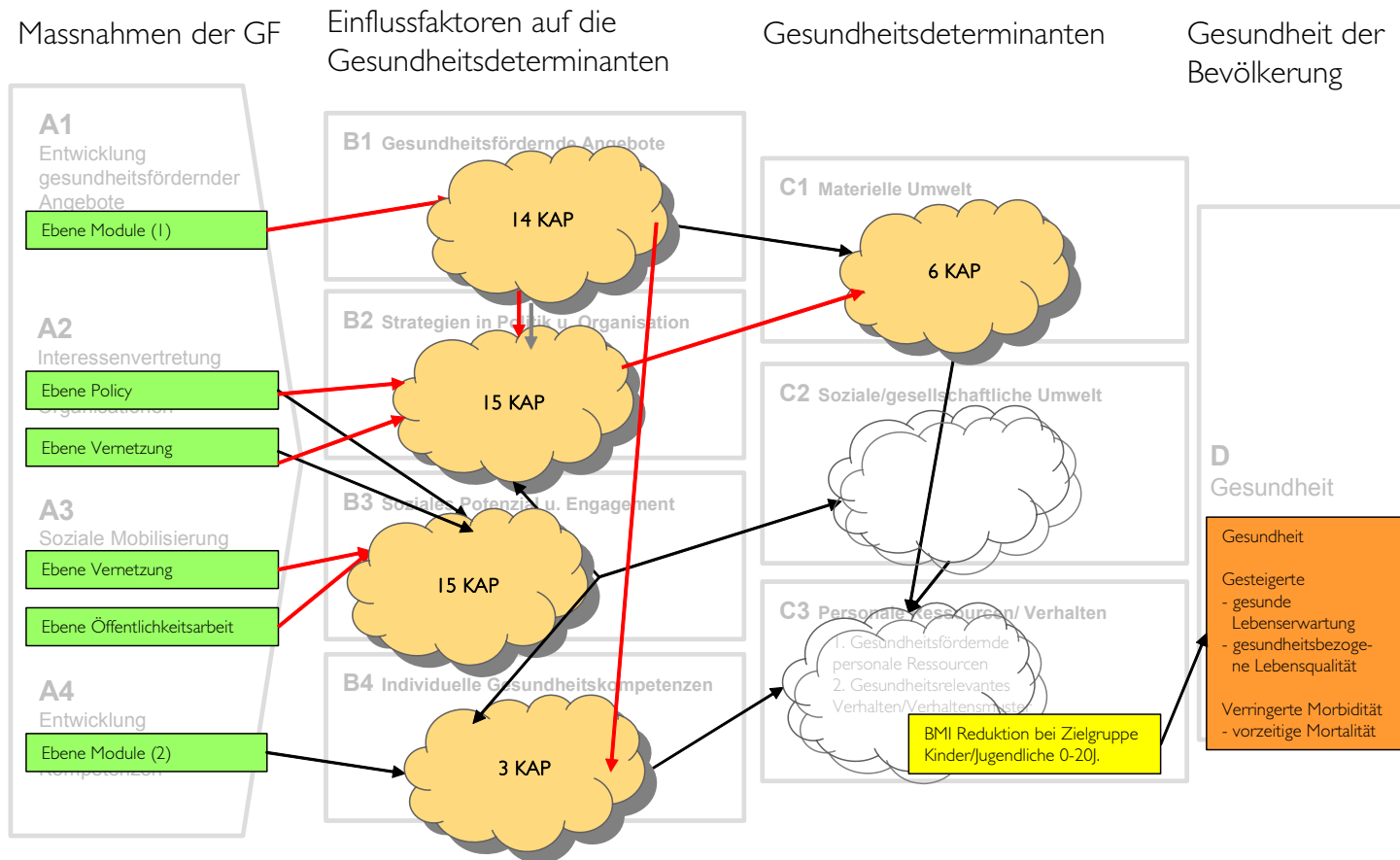
*: Basierend auf dem Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz.

Quelle: Kantonsprofile, die von Interface erstellt wurden.

⁴³ Vgl. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Tipps_Tools/ergebnismodell.php>, Zugriff am 10.7.10.

Die Beeinflussung der *Gesundheitsdeterminanten selber* (Ebene C des Ergebnismodells) ist in den KAP zurzeit (verständlicherweise in Anbetracht der Laufzeit der KAP) noch gering. Bisher konnten in sechs KAP durch gesundheitsfördernde Angebote für die Mehrheit der im Kanton ansässigen Kinder und Jugendlichen eine ernährungs- und bewegungsfreundlichere Umwelt geschaffen werden (Feld C1). Dabei handelt es sich um Wirkungen von teilweise seit Jahren bestehenden Policy-Projekten, die ins KAP überführt wurden. Dies macht deutlich, dass die Einflussnahme auf die Gesundheitsdeterminanten viel Zeit in Anspruch nimmt. Eine Ausnahme bildet der Kanton Jura, welcher mit dem „Programme d'éducation nutritionnelle“ in relativ kurzer Zeit ein wirksames Policy-Projekt etabliert hat. Dieser Erfolg dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass die Zusammenarbeit mit dem Bildungsdepartement und der Zugang zu den Schulen im Kanton Jura als sehr gut beurteilt werden. Darüber hinaus ist es durchaus möglich, dass auch Wirkungen in den Feldern C2 und C3 vorhanden sind. Diese konnten bisher aber nicht nachgewiesen werden respektive sind generell schwierig zu überprüfen. Wirkungen auf der Ebene D dürften zu einem späteren Zeitpunkt einzig für das KAP als Gesamtstrategie und nicht als Effekt von Einzelprojekten nachgewiesen werden können. Die Darstellung D 4.4 zeigt zusammenfassend, in welchen Bereichen Wirkungen gezeigt werden konnten.

D 4.4: ÜBERBLICK ÜBER DIE WIRKUNGSENTFALTUNG IN DEN KAP



Basis: Ergebnismodell Gesundheitsförderung Schweiz

4.3 FAZIT ZU DEN WIRKUNGEN

Indem die Zielgruppen erreicht werden, ist ein erster und zentraler Schritt der Wirkungsentfaltung gelungen. Die vorhandenen quantitativen Daten sind noch zu lückenhaft, um eine Beurteilung der Zielgruppenerreichung vorzunehmen. Jedoch kann basierend auf den Gesprächen mit den Verantwortlichen in den Kantonen und bei Gesundheitsförderung Schweiz festgestellt werden, dass vor allem die Mütter-/Väterberaterinnen sehr motiviert sind, bei KAP-Projekten mitzuwirken. Dennoch erschweren die vorhandenen Strukturen die Umsetzung von Projekten in diesem Bereich. Im Schulbereich hingegen scheint die Zielgruppenerreichung an erste Grenzen zu stossen. Während sich die Bildungsdepartemente weiterhin offen gegenüber dem Thema gesundes Körpergewicht zeigen, steigen die Widerstände bei der Lehrerschaft, insbesondere wenn es sich um umfassendere Projekte handelt. Für die Evaluation ist es weiterhin wichtig, dass die Kantone die Zielgruppenerreichung ausreichend dokumentieren und versuchen, die Bezugsgrösse in ihrem Kanton ausfindig zu machen. Nur so kann in den kommenden Jahren eine verlässliche Einschätzung der Zielgruppenerreichung und damit der Wirkungen erfolgen.

Weitere Wirkungen konnten mehrheitlich in KAP mit seit Jahren bestehenden Massnahmen, vor allem Policy-Aktivitäten, nachgewiesen werden. Diese Projekte existierten bereits vor den KAP, womit der Beitrag der KAP zur Zielgruppenerreichung und zu den Wirkungen in solchen Projekten nicht überschätzt werden darf. Diese Projekte zeigen jedoch, dass es sich auszahlt, auf Bewährtem aufzubauen.

Mit den KAP der dritten Staffel (Zürich, Bern und Solothurn) sind zwei grosse und ein eher kleiner Kanton zu den 16 KAP der ersten und zweiten Staffel hinzugekommen. Damit können mit den 19 KAP in 20 Kantonen potenziell 92 Prozent der Schweizer Wohnbevölkerung erreicht werden.⁴⁴

Die drei Kantone der dritten Staffel sind Anfang 2009 gestartet und haben sich kurz-, mittel- und langfristige Ziele gesetzt. Die kurzfristigen Ziele beziehen sich hauptsächlich auf die Bekanntheit des Themas Bewegung/Ernährung und des KAP und sollen zwischen 2009 und 2010 erreicht werden. Die mittelfristigen Ziele unterscheiden sich zwischen den KAP und reichen von Bekanntheit der Angebote bei der Zielgruppe und Fachpersonen bis zur Stabilisierung des Anteils der Bevölkerung mit Adipositas. Diese Ziele sollen zwischen 2011 und 2013 erreicht werden. Die langfristigen Ziele beziehen sich auf eine Erhöhung des Anteils der Bevölkerung mit einem gesunden Körpergewicht beziehungsweise allgemeiner auf eine bewusster Ernährung und mehr Bewegung der Zielgruppen im Alltag und sollen zwischen 2013 und 2018 erreicht werden.

Aufgefallen

- In den beiden bevölkerungsreichen Kantonen Bern und Zürich ist das KAP eingebettet in vorbestehende kantonale Aktivitäten im Bereich Bewegung/Ernährung. Dazu bilden im Kanton Bern die kantonale Schwerpunktplanung Gesundheitsförderung und Prävention aus dem Jahre 2006 und im Kanton Zürich die Legislaturziele der Regierung 2007–2011 die Grundlage. In diesen beiden grossen Kantonen macht die Finanzierung durch Gesundheitsförderung Schweiz lediglich 13 bis 17 Prozent des KAP-Gesamtbudgets aus.
- Die Implementierung des Labels „Fourchette verte“ ist erstmals auch in deutschsprachigen Kantonen geplant. Darstellung D 5.1 zeigt die in der dritten Staffel geplanten Projekte, die von Gesundheitsförderung Schweiz zur Multiplikation empfohlen werden.

⁴⁴ 7'107'324 von 7'701'856 Einwohnern (Wohnbevölkerung), Quelle BFS, Zahlen für 2008.

D 5.1: DIE HÄUFIGSTEN MULTIPLIZIERTEN PROJEKTE IN DER DRITTEN STAFFEL

Projekt	SO	ZH	BE
Midnight Basket/Midnight-Move	x	x	x
Klemon	x	x	x
Burzelbaum/Purzelbaum/Tacco & Flip	x	x	x
ZnüniBOX		x	x
Open Sunday	x	x	
Fourchette verte	x		x
Pro Juventute Elternbriefe	x		x
Kinder in Bewegung	x		x
Bewegter Lebensstart	x		
Moving Lifestyle		x	
Pédibus		x	
Informationsveranstaltungen für Migrant/innen			x
Bike2school			x
Kidz-Box			x
Miges Balù			x
Multiplikatorenweiterbildung			x

Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz. Finanzierung nicht zwingend im Rahmen des KAP.

ANHANG

A I LISTE DER MULTIPLIZIERTEN UND/ODER ZUR MULTIPLIKATION EMPFOHLENE MODULPROJEKTE

Die Darstellung DA 1.1 zeigt die multiplizierten respektive die zur Multiplikation durch Gesundheitsförderung Schweiz empfohlenen (grau hinterlegten) Modulprojekte, welche sich in Umsetzung befinden.⁴⁵

DA 1.1: MULTIPLIZIERTE ODER ZUR MULTIPLIKATION EMPFOHLENE PROJEKTE

Projekte (grau = von GFCH zur Multiplikation empfohlen)	umgesetzt in Anzahl KAP	Anteil der KAP (N=16)
Burzelbaum/Purzelbaum/Youp'la bouge	10	63%
Pro Juventute Elternbriefe/Messages aux parents	9	44%
FemmesTische	6	38%
Fourchette verte/Fourchette verte des tout-petits	6	38%
Kidz-Box	5	31%
Klemon	5	19%
Pédibus/ A pied, c'est mieux ! / Meglio a piedi	5	31%
Znüniibox	4	25%
J+S Kids/GKB-SPORTKIDS	4	25%
Miges Balù	4	25%
Open Sunday	4	25%
Multiplikatorenweiterbildung/Formation des multiplicateurs	3	19%
Znüniblatt ⁴⁶	3	19%
Schule bewegt/ L'école bouge (Bundesamt für Sport)	2	13%
schtifti Freestyle Tour	2	13%
Guide de recommandation : bouger, manger à l'école	2	13%
Informationsveranstaltungen für Migrant/innen	2	13%
Kid Balù	3	19%
Midnight Basket/Midnight-Move	3	19%
Pausenkiosk	2	13%
Bewegter Lebensstart	2	13%
Ernährungskoffer	2	13%
Paprica (Physical Activity promotion in PRImary CARE)	2	13%
Schnitz und Drunder	2	13%
Znüni-Mäart	2	13%
Ausstellung Rüepli, Zimt und Co	1	6%
Bike2school	1	6%
Kinder in Bewegung	1	6%

⁴⁵ Multiplizierte Projekte: Projekte, für welche einem KAP keine Entwicklungskosten erwachsen, weil a) das Projekt von einem anderen Kanton entwickelt wurde oder weil b) das Projekt von einer Fachorganisation ausgearbeitet wurde und von Gesundheitsförderung Schweiz zur Multiplikation empfohlen wird.

⁴⁶ Znüniblatt: Angaben gemäss Selbstevaluationsraster. Laut Angaben von Gesundheitsförderung Schweiz setzen 5 KAP das „Znüniblatt“ von SuisseBalance respektive „Tacco & Flip“ mit dem Elternbrief um.

Projekte (grau = von GFCH zur Multiplikation empfohlen)	umgesetzt in Anzahl KAP	Anteil der KAP (N=16)
Projet pilote dans les crèches (Enfants, fruits et légumes)	1	6%
rundum fit	1	6%
Sant"e"scalade	1	6%
Tacco & Flip	1	6%
Summe	101	

Quelle: Tabellen zu den Modulprojekten aus den Kantonsprofilen und Ergänzung durch GFCH.

A2 DEFINITIONEN VERHÄLTNIS- UND VERHALTENS-PRÄVENTION

Der Zuteilung der Modulprojekte zu den beiden Ansätzen wurden von Gesundheitsförderung Schweiz folgende Definitionen zugrunde gelegt.

Verhältnisprävention

Primär strukturelle Prävention zielt auf Verbesserung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, sodass gesundheitsförderndes Verhalten ermöglicht und unterstützt wird. Projekte im Rahmen des KAP, die eher als Verhältnisprävention eingestuft werden,⁴⁷ beinhalten als Ziel die Schaffung von Angeboten,

- die Anreize für die Zielgruppe schaffen, sich mehr zu bewegen oder besser zu ernähren. Beispiele sind Pausenplatzgestaltung, Midnight Basket, Schulwegsicherung: → *Infrastrukturprojekte*
- die es der Zielgruppe erlauben, sich beraten und begleiten zu lassen, mit dem Ziel, die Fähigkeiten zu einem gesunden Lebensstil zu erhöhen. Beispiele sind „FemmesTische“, Ausstellung „Rübli, Zimt und Co.“: → *fest installierte Beratungsangebote*⁴⁸
- die es Multiplikator/innen erlauben, ihre Fähigkeiten bezüglich des gesunden Körpergewichts zu erweitern: → *fest installierte Weiterbildungen*

Verhaltensprävention

Persuasive Massnahmen, die auf die Änderung des individuellen Verhaltens abzielen. Menschen sollen lernen, Gesundheitsrisiken durch einen geeigneten Lebensstil zu vermeiden. Projekte im Rahmen des KAP, die eher als Verhaltensprävention eingestuft werden, beinhalten als Ziel primär die Wissensvermittlung, Sensibilisierung und Aktivierung im Hinblick auf einen gesunden Lebensstil:

⁴⁷ Hierzu zählen auch alle Policy-Projekte.

⁴⁸ Anmerkung Gesundheitsförderung Schweiz zu den Beratungsangeboten: Es handelt sich hier nicht nur um „Angebote schaffen“, sondern auch um „bestehende Angebote erweitern“. Dabei gilt es zu differenzieren: So gehört „Klemon“ als Beratungsangebot eher zur Verhaltensprävention, wird es jedoch flächendeckend von allen Mütterberatungsstellen angeboten, ist es zur Verhältnisprävention zu zählen.

- Aufklärungskampagnen, Informationsveranstaltungen, Informationsschriften. Beispiele sind „Pro Juventute Elternbriefe“, „Informationsveranstaltungen für Migrant/innen“ und „Kidz-Box“.
- Aktivierungs- und Mobilisierungsmassnahmen. Beispiele sind „J+S Kids/GKB-SPORTKIDS“, „Ernährungskoffer“.

A 3 LISTE DER PROJEKTE MIT SCHWERPUNKT VERHÄLTNISPRÄVENTION

Darstellung DA 3.1 zeigt die Modulprojekte in alphabetischer Anordnung, die nach Einschätzung von Gesundheitsförderung Schweiz ihren Schwerpunkt in der Verhältnisprävention haben. Zudem ist dargestellt, welcher Aspekt der Zuordnung zur Verhältnisprävention zugrunde liegt und in welchen KAP die Projekte derzeit durchgeführt werden. Die zur Multiplikation durch Gesundheitsförderung Schweiz empfohlenen Projekte sind grau hinterlegt.

DA 3.1: MODULPROJEKTE MIT SCHWERPUNKT VERHÄLTNISPRÄVENTION

Projekt (grau = von GFCH zur Multiplikation empfohlen)	Verhältnis- aspekt	Umsetzungs- kantone
Ausbildung Fachkräfte für Schulzahnprophylaxe	WB	AG
Ausserfamiliäre Verpflegung	BER/WB	OW/NW
Rüebli, Zimt und Co (Schulstufenkonzept u. kantonale Weisung)	STRUK	BS
Bewegte Schule Graubünden	WB/STRUK	GR
Bewegter Lebensstart	WB/ANG	BL, BS, SO
Burzelbaum/Purzelbaum/Youp'la bouge	WB/STRUK	Diverse
Consultations parents-enfants gratuite pour toute la population	ANG	GE
Contrepoids dans le cadre du label Hôpitaux promoteurs de santé	WB	GE
Ca me dit sport	STRUK	JU
Programm Ernährung und Bewegung an Urner Volksschule	STRUK	UR
FemmesTische	WB/ANG	diverse
Fitte Kids	WB	VS
Fourchette verte/Fourchette verte des tout-petits	BER/STRUK	Diverse
Gesunde Mittagstische	BER	SG
Gesunde Zwischenverpflegung in der Schule (Znünikreis)	STRUK	SG
Guide de recommandation: bouger, manger à l'école	ANG	JU, NE, VD
Kid Balù	WB	ZG, LU, VS
Kinder in Bewegung	WB/STRUK	AG, SO
Labellisation Crèche favorable à l'allaitement maternel	STRUK	GE
Midnight Basket/Midnight-Move	STRUK	Diverse
Miges Balù	WB/ANG	Diverse
Movimento e gusto con l'equilibrio giusto!	WB/STRUK	TI
MUKI-VAKI-Turnen plus	ANG	GR
Open Sunday	STRUK	Diverse
Paprica (Physical Activity promotion in PRImary CAre)	WB	NE, VD
Pausenkiosk	STRUK	Diverse

Projekt (grau = von GFCH zur Multiplikation empfohlen)	Verhältnis- aspekt	Umsetzungs- kantone
Pédibus/A pied, c'est mieux !/Meglio a piedi	ANG	Diverse
Poids corporel en âge préscolaire (GRAP)	WB/STRUK	VS
Prévention de l'obésité et des troubles alimentaires	WB	GE
Projet crèches : Enfants, fruits et légumes	WB	NE
Promotion de l'allaitement maternel + labellisation des maternités	STRUK	GE
Roulé boulé	WB	GE
rundum fit	WB/STRUK	LU
Schnitz und Drunder	BER/STRUK	BL, LU
Tacco & Flip	STRUK	BL
Vitalina – Aktive Eltern für gesunde Kinder	ANG	BL
Weiterbildung Multiplikatoren Ärzte/Mütterberatung	WB	GR
Weiterbildung Multiplikatoren Kitas	WB	ZG, UR, LU, OW/NW
Weiterbildung Multiplikator/innen SG	WB	SG
Weiterbildung Tagesmütter	WB	ZG
Aktion Gsunds Znüni/Znüniibox	WB/STRUK	Diverse
Znüni-Mäart	ANG	LU, OW/NW
Z'Marend	STRUK	GR

Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz.

- ANG: Angebot: Schaffung eines (Beratungs-)Angebots für die Zielgruppe das es der Zielgruppe erlaubt, sich beraten und begleiten zu lassen, mit dem Ziel, die Fähigkeiten zu einem gesunden Lebensstil zu erhöhen. Beispiele sind „FemmesTische“, Ausstellung „Rübli, Zimt und Co.“.
- BER: Beratung: Beratungsangebot für Institutionen bzw. Multiplikator/innen, das es den Multiplikator/innen erlaubt, sich beraten und begleiten zu lassen, mit dem Ziel, die Fähigkeiten zu einem gesunden Lebensstil der Zielgruppe zu erhöhen. Beispiele sind Beratungsangebote für Mittagstische oder Kindertagesstätten.
- STRUK: Strukturell: Infrastrukturprojekte oder Veränderung von Systemen/Lebenswelten, die Anreize für die Zielgruppe schaffen, sich mehr zu bewegen oder besser zu ernähren. Beispiele sind Pausenplatzgestaltung, „Midnight Basket“, Schulwegsicherung oder Massnahmen mit dem Ziel der Veränderung von Systemen/Lebenswelten der Zielgruppe, bspw. Haltungsänderung von Personal und Leitung bezüglich ausgewogener Ernährung und/oder Bewegungsförderung wie Purzelbaum oder Einführung flächendeckender/ verpflichtender Massnahmen (Znüni-Regeln, Label usw.)
- WB: Weiterbildung: Aus- und Weiterbildung von Multiplikator/innen, die es Multiplikator/innen erlaubt, ihre Fähigkeiten bezüglich des gesunden Körpergewichts zu erweitern.

A 4 BERECHNUNG DER ZIELGRUPPENERREICHUNG

Die Berechnung der Zielgruppenerreichung konnte für 93 der im Rahmen der 177 Modulprojekte definierten Zielgruppen gemacht werden, was einem Anteil von 40 Prozent entspricht. Dazu kommen neun Zielgruppen von Policy-Projekten. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss man jedoch vorsichtig sein:

- *Erstens* wurden gewisse Projekte bereits vor dem KAP lanciert. Die Zielgruppenerreichung schliesst teilweise die Zeit vor dem KAP mit ein und kann nicht ausschliesslich auf den Einfluss des KAP zurückgeführt werden (z.B. Fourchette verte).
- *Zweitens* wurde in einigen Projekten die Anzahl Klassen als Zielgruppe definiert. Diese Zahl wurde mit der durchschnittlichen Klassengrösse im jeweiligen Kanton im Schuljahr 2007/2008 gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) hochgerechnet. Da beim BFS keine Zahlen zur durchschnittlichen Grösse der Kindergartenklassen vorhanden sind, wurde der gleiche Wert wie für die Primarschulen verwendet.
- *Drittens* wurden für die Zielgruppenberechnung beim Projekt „Pédibus“ die folgenden Berechnungen angestellt: Die Anzahl Pédibuslinien wurde mit der durchschnittlichen Anzahl Kinder pro Linie multipliziert. Diese beträgt gemäss dem Verkehrsclub der Schweiz 7 bis 10 Kinder.⁴⁹ In der Folge wurde mit einem Wert von 8,5 gerechnet. In den Kantonen Genf und Wallis wurde als kantonale Bezugsgrösse die Anzahl Kindergartenkinder beigezogen, da in diesen beiden Kantonen das Projekt „Pédibus“ nur im Modul III durchgeführt wird. In den Kantonen Jura, Neuenburg und Tessin wird „Pédibus“ in den Modulen III und IV durchgeführt. Allerdings wurde für diese Kantone nebst den Kindergartenkindern nur die Hälfte der Primarschulkinder als Teilnehmende gezählt, weil davon auszugehen ist, dass die Kinder der höheren Primarklassen ohne Begleitung in die Schule gehen.

DA 4.1: BEKANNTE ZIELGRUPPENERREICHUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Setting	Zielgruppen	Anzahl	Anzahl KAP	Bezugsgrösse in Kantonen	%
Schule	Kindergartenkinder/ Primarschüler/innen	54'823	12	291'281	19%
	Sekundarschüler/innen	1'058	2	17'852	6%
	Lehrpersonen	806	7	8891	9%
Freizeit	Kinder/Jugendliche (4–20 Jahre)	3'700	2	41'628	9%

Quelle: Selbstevaluationsraster und Evaluationsgespräche.

⁴⁹ Vgl. <<http://www.ate.ch/fr/politique-campagnes/campagnes/pedibus/principe-du-pedibus.html>>, Zugriff 15.4.10.

DA 4.2: BEKANNTE ZIELGRUPPENERREICHUNG BEI DEN MULTIPLIKATOR/INNEN

Setting	Zielgruppen	Anzahl	Anzahl KAP	Bezugsgrösse in den Kantonen	%
Beratung	Mütter-/Väterberaterinnen	25	4	50	50%
Ausserfamiliäre Kinderbetreuung	Tageseltern/ Kleinkinderzieher/innen	322	2	485	66%
Freizeit	Mukiturnlehrerinnen	10	1	25	40%
Gesundheitswesen	Haus-, Kinder- und Frauenärzte, Kinderkrankenpflegende	198	4	488	41%
	Eltern	3'827	4	-	-
	Migrant/innen (Eltern, interkulturelle Vermittler/-innen, Moderator/innen)	1'321	8	-	-

Quelle: Selbstevaluationsraster und Evaluationsgespräche.

DA 4.3: BEKANNTE ZIELGRUPPENERREICHUNG BEI VERSCHIEDENEN INSTITUTIONEN

Setting	Zielgruppen	Anzahl	Anzahl KAP	Bezugsgrösse in den Kantonen	%
Ausserfamiliäre Kinderbetreuung	Krippen, Kindertagesstätten, Mittagstische	329	6	1'495	22%
Schule	Kindergärten, Primar-, Sekundar- und Sonderschulen	311	8	2'155	14%
Gesundheitswesen	Spitäler, Apotheken, Medizinischsoziale Zentren	133	2	329	40%
Freizeit	Gemeinden	391	6	1'161	34%

Quelle: Selbstevaluationsraster und Evaluationsgespräche.

IMPRESSUM

CORNELIA FURRER, LIC. SCIENCES POLITIQUES

Cornelia Furrer war Physiotherapeutin und hat an den Universitäten Lausanne und Aix-en-Provence (F) Politikwissenschaften studiert. Seit 1998 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Interface tätig, seit 2004 leitet sie den Bereich Gesundheit. Themenschwerpunkte sind unter anderem Evaluationen von Massnahmen im Bereich der Prävention/Gesundheitsförderung und der Gesundheitsvorsorge. Im Rahmen von Beratungsmandaten beschäftigt sie sich auch mit der Entwicklung von Gesundheitskonzepten der öffentlichen Hand sowie der Ausgestaltung von Präventions- oder Gesundheitsförderungsprogrammen.

SARAH FÄSSLER, LIC. ES SCIENCES SOCIALES + DEA ES 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.

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

Seidenhofstr. 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

www.interface-politikstudien.ch

PROJEKTREFERENZ

Luzern, den 22. September 2010

Projektnummer: P09-34 KAP2009_2010