

I N T E R F A C E

EVALUATION KANTONALE AKTIONSPROGRAMME GESUNDES KÖRPERGEWICHT

ZUSAMMENFASSUNG

ZWISCHENSYNTHESE 2010 DER UMSETZUNG UND DER WIRKUNGEN

Im Auftrag und mit Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz



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

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%	

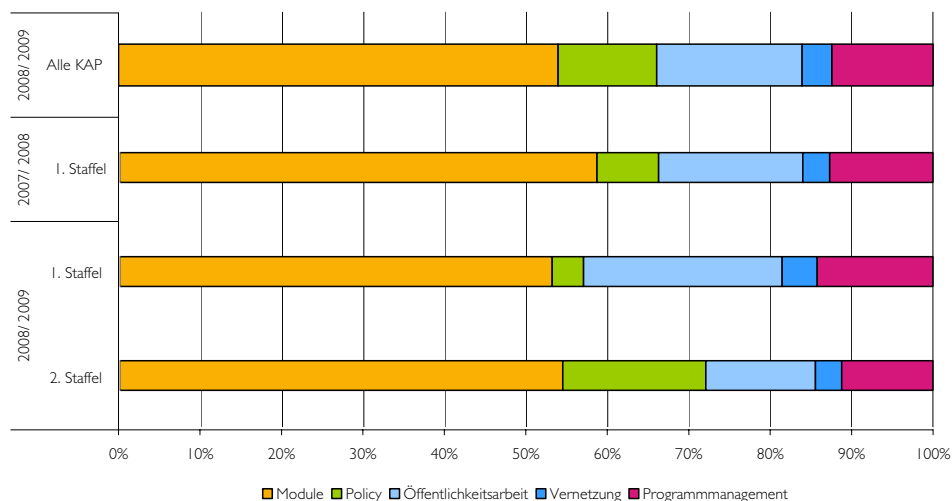
*: Quelle: BFS, Zahlen für 2008.

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 Programmleitungen 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 hinzuge-stossen 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 Netzwerktage 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 familienexternen 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 „Migges 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.

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

PROJEKTPREFERENZ

Luzern, den 22. September 2010
Projektnummer: P09-34 KAP2009_2010